

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Lista de medicamentos recetados disponibles del Plan de Punto de Servicio (POS)

Esta Lista de medicamentos recetados disponibles se actualizó: el 1.º de enero de 2026

NOTA: Esta Lista de medicamentos recetados disponibles se actualiza con frecuencia y está sujeta a cambios. Después de la modificación, todas las versiones anteriores de la Lista de medicamentos recetados disponibles dejan de estar vigentes.

Este documento contiene información relativa a los medicamentos que están cubiertos cuando usted participa en el(los) Plan(es) de seguro médico de Punto de Servicio (Point of Service, POS) con derechos adquiridos por antigüedad de California para grupos grandes emitido(s) por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) y surte su receta en una farmacia de la red de MedImpact. Si pertenece a nuestro plan de POS y tiene intención de surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de Kaiser Permanente, por favor visite [**kp.org/formulary**](https://kp.org/formulary) (**haga clic en "Español"**) y **seleccione la Lista de medicamentos recetados disponibles de California para los planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)** para obtener información sobre los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles de su beneficio de nivel del plan de HMO. Por favor, tenga en cuenta que esta Lista de medicamentos recetados disponibles no tiene un nivel de medicamentos especializados. Si está cubierto por un plan de POS de KPIC con un nivel de medicamentos especializados, por favor vea la Lista de medicamentos recetados disponibles con nivel de medicamentos especializados para los planes de POS de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Puede acceder a la versión más actualizada de la Lista de medicamentos recetados disponibles, visitando: [**kp.org/kpic-ca-rx-pos-gf**](https://kp.org/kpic-ca-rx-pos-gf) (en inglés).

Si necesita ayuda para comprender los beneficios de su plan de seguro de KPIC, incluyendo el costo compartido de los medicamentos del beneficio de medicamentos recetados y del beneficio médico, por favor llame al **1-800-788-0710 o al 711 (TTY)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Si necesita ayuda con esta Lista de medicamentos recetados disponibles, incluyendo los procesos para enviar una solicitud de excepción y solicitar excepciones de autorización previa y tratamiento escalonado, por favor, llame a MedImpact las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-800-788-2949 o al 711 (TTY)**.

Para obtener información sobre su costo compartido de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de su plan en concreto, visite: [**kp.org/kpic-ca-rx-pos-gf**](https://kp.org/kpic-ca-rx-pos-gf) (en inglés).

Si necesita ayuda en su idioma preferido, vea el "Aviso de asistencia con el idioma de Kaiser Permanente Insurance Company" en este documento.

INFORMACIÓN SOBRE LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DISPONIBLES

Aviso: Los cambios en la Lista de medicamentos recetados disponibles se actualizan mensualmente. Las actualizaciones entrarán en vigor el primer día del mes. Durante el año de vigencia de la póliza, se pueden hacer los siguientes tipos de cambios:

- retirada de un medicamento o de la presentación de un medicamento de la Lista de medicamentos recetados disponibles;
- un cambio de nivel de un medicamento que suponga un aumento o una disminución del costo compartido;
- agregar o cambiar los procedimientos de administración de utilización aplicables a un medicamento.

Cómo usar este documento

Esta Lista de medicamentos recetados disponibles le proporciona una lista de los medicamentos recetados aprobados y cubiertos por su plan de seguro médico de POS con derechos adquiridos por antigüedad, incluyendo tanto los medicamentos genéricos como los de marca. Este documento se aplica solo a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios obtenidos a través de una farmacia minorista de la red de MedImpact. Este documento no se aplica a los medicamentos administrados en el consultorio del médico o en el hospital que estén cubiertos por su beneficio médico. Para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su beneficio médico, vea la sección "Beneficios generales" de su *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*.

Se puede acceder a la Lista de medicamentos recetados disponibles usando la lista de medicamentos por categorías o el índice alfabético. La lista de medicamentos por categorías de esta Lista de medicamentos recetados disponibles agrupa los medicamentos en categorías y clases basadas en la primera base de datos nacional (First National Databank, FDB), un sistema independiente de clasificación de medicamentos ampliamente aceptado.

Se puede localizar un medicamento recetado buscando en el índice alfabético la categoría terapéutica y la clase a las que pertenece el medicamento, o la marca o el nombre genérico de este. Un medicamento aparece en la lista alfabética por nombre de marca y genérico en la categoría terapéutica y la clase a las que pertenece. El nombre genérico de un medicamento de marca se incluye después del nombre de marca entre paréntesis y todo en letras minúsculas y en cursiva. Si un equivalente genérico para un medicamento de marca está disponible y cubierto, el medicamento genérico aparecerá por separado del medicamento de marca, en letras minúsculas y en cursiva. Si un medicamento genérico se comercializa bajo una marca registrada y protegida, el nombre de marca aparecerá después del nombre genérico entre paréntesis y con letra normal, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Si un equivalente genérico para un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no aparecerá por separado por su nombre genérico.

EJEMPLO de cómo aparecen los medicamentos en la Lista de medicamentos recetados disponibles:

Medicamento de marca. El antibiótico de marca "Moxatag" aparecería de la siguiente manera:

En la columna Nombre del medicamento recetado, categoría terapéutica "AGENTES ANTIINFECCIOSOS", clase de medicamento "ANTIBIÓTICO AMINOPENICILÁNICO - ANTIBIÓTICOS", el medicamento recetado de marca aparece en mayúsculas, "MOXATAG" seguido del equivalente genérico del medicamento escrito entre paréntesis, todo en minúsculas y cursiva "*(amoxicilina)*".

AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES	
ANTIBIÓTICO AMINOPENICILÁNICO - ANTIBIÓTICOS	
MOXATAG TABLETA ORAL, MULTIFASE DE LIBERACIÓN PROLONGADA (EXTENDED RELEASE, ER) 24 HR 775 MG (<i>amoxicilina</i>)	3

Medicamento genérico. El antibiótico genérico "amoxicilina" aparecería de la siguiente manera:

En la categoría terapéutica "AGENTES ANTIINFECCIOSOS", clase de medicamento "ANTIBIÓTICO AMINOPENICILÁNICO - ANTIBIÓTICO", el medicamento genérico recetado aparece en minúsculas y cursiva "*amoxicilina*".

AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES	
ANTIBIÓTICO AMINOPENICILÁNICO - ANTIBIÓTICOS	
<i>amoxicilina</i> cápsula oral de 250 mg, 500 mg	1

Niveles de medicamentos

Diseño de beneficios por niveles

La Lista de medicamentos recetados disponibles se aplica a un Diseño de Beneficios por niveles, en el que el asegurado paga un costo compartido por el tratamiento con medicamentos recetados basado en el nivel del medicamento, y el copago o el coseguro. En la mayoría de los casos, los medicamentos disponibles en versión genérica estarán cubiertos en un nivel separado inferior (menor copago) y los medicamentos de marca que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles estarán cubiertos en un nivel superior (mayor copago).

En su plan de POS, pagará un copago o coseguro diferente por los medicamentos de marca preferidos y los de marca no preferidos. Los medicamentos preferidos le cuestan menos que los no preferidos. Por favor, consulte la tabla de definición de niveles que aparece a continuación para ver cómo identificar qué medicamentos son preferidos o no preferidos.

Si solicita un medicamento de marca cuando se le recetó un medicamento genérico, es posible que tenga que pagar el copago del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca. Consulte su *Certificado de Seguro* para saber más.

Para todos los medicamentos incluidos en la tabla de la Lista de medicamentos recetados disponibles, el nivel se indica en todo el documento usando los siguientes símbolos (*consulte la siguiente tabla*).

Definiciones de los niveles:

Símbolo	Pauta	Descripción
T1	Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos
T2	Nivel 2	Medicamentos de marca preferidos
T3	Nivel 3	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos
PV	Medicamentos preventivos	Beneficios de atención preventiva exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). (Medicamentos preventivos cubiertos sin costo alguno si su grupo eligió incluir los beneficios de atención preventiva de la ACA en su plan con derechos adquiridos por antigüedad). Los medicamentos para dejar de fumar que aparecen en esta Lista de medicamentos recetados disponibles están cubiertos sin costo alguno en todos los planes.
DME	Otros artículos de farmacia	Otros artículos de farmacia y determinados equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME), tales como las tiras reactivas y las lancetas, disponibles en la farmacia y a través de su beneficio médico.

Mantenimiento y actualización de la Lista de medicamentos recetados disponibles

Los Comités de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T) y de la Lista de medicamentos recetados disponibles de MedImpact Healthcare Systems proporcionan a médicos y farmacéuticos un método para evaluar la seguridad, la eficacia y los precios competitivos de los medicamentos disponibles en el mercado. Los comités de P&T y de la Lista de medicamentos recetados disponibles de MedImpact se reúnen cada trimestre, y con mayor frecuencia si es necesario, para garantizar la pertinencia clínica de la Lista de medicamentos recetados disponibles.

Los comités de P&T y de la Lista de medicamentos recetados disponibles de MedImpact actualizan la Lista de medicamentos recetados disponibles usando un enfoque estructurado del proceso de selección de medicamentos para garantizar el acceso continuo de los pacientes a tratamientos farmacológicos racionales.

Los comités de P&T y de la Lista de medicamentos recetados disponibles de MedImpact usan los siguientes criterios en la evaluación de la selección de medicamentos para la Lista de medicamentos recetados disponibles:

- perfil de seguridad del medicamento;
- eficacia del medicamento;
- comparación de los beneficios terapéuticos relevantes con los agentes actuales de la Lista de medicamentos recetados disponibles de uso similar, y para minimizar la duplicación terapéutica cuando sea posible
- costos inferiores en relación con terapias comparables.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Por lo general, su beneficio de medicamentos recetados cubrirá los medicamentos genéricos y de marca recetados que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles si el medicamento es médicamente necesario, la receta es surtida por un proveedor de farmacia de la red de MedImpact y se siguen otras reglas de cobertura. Por lo general, los medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no están cubiertos; sin embargo, ciertos medicamentos preventivos OTC están cubiertos cuando los receta un médico, tales como los anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), y también están cubiertos algunos equipos médicos duraderos recetados por un médico para tratar la diabetes y los espaciadores de inhalación para complementar a los dispositivos de inhalación.

La Lista de medicamentos recetados disponibles enumera los beneficios de farmacia cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y obtenidos en una farmacia minorista participante de la red de MedImpact. Esta Lista de medicamentos recetados disponibles no se aplica a los medicamentos y los dispositivos que se obtienen a través de la parte del beneficio médico de su cobertura; por ejemplo, los medicamentos proporcionados o administrados en el consultorio del médico o en el hospital o, a menos que se especifique lo contrario, los dispositivos cubiertos por el beneficio de Equipo Médico Duradero que se obtienen en el consultorio del médico o a través de un proveedor de Equipo Médico Duradero.

Medicamentos y equipo para la diabetes. Su cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios incluye los siguientes artículos recetados para el manejo y el tratamiento de la diabetes:

- insulina,
- agujas y jeringas para inyectarse insulina,
- medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes,
- glucagón.

Otros artículos de farmacia. Algunos Equipos Médicos Duraderos que están cubiertos a través de su beneficio médico también están disponibles en la farmacia: tiras reactivas desechables de glucosa en sangre y cetonas en orina; monitores de glucosa en sangre; lancetas y dispositivos de punción con lancetas; sistemas de suministro con pluma para la administración de insulina; ayudas visuales excluyendo los artículos para la visión para ayudar en la dosificación de insulina, y medidores de flujo máximo.

Anticonceptivos. Su cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios incluye todos los medicamentos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA, incluidos los métodos anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA cuando los receta un profesional de la salud titulado y autorizado para recetar medicamentos. Todos estos medicamentos requieren una receta de su médico.

Cobertura opcional de medicamentos preventivos sin costo alguno. Si su plan cubre los medicamentos preventivos sin costo (porque su grupo **eligió** incluir los beneficios de atención preventiva requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible en su plan con derechos adquiridos por antigüedad), entonces los medicamentos identificados en la Lista de medicamentos recetados disponibles con el símbolo "PV" están cubiertos sin costo compartido independientemente del nivel del medicamento indicado en la Lista de medicamentos recetados disponibles. Todos estos medicamentos requieren una receta de su médico. Además, algunos medicamentos solo están cubiertos sin costo para los pacientes que cumplen los criterios indicados en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

Nota: La presencia de un medicamento recetado en la Lista de medicamentos recetados disponibles no garantiza que su proveedor se lo recete para una afección médica particular.

Nota: El costo compartido total de los medicamentos anticancerígenos recetados cubiertos que se administran por vía oral no superará los \$200 por un suministro para 30 días.

¿Qué medicamentos no están cubiertos?

- Medicamentos inyectables autoadministrados
- Medicamentos de venta libre (OTC) o sus equivalentes, excepto los medicamentos OTC incluidos en esta Lista de medicamentos recetados disponibles.
- Cualquier medicamento utilizado con fines cosméticos.
- Medicamentos experimentales o cualquier medicamento utilizado de forma experimental. Consulte su *Certificado de Seguro* para obtener información adicional.
- Sustitución de medicamentos perdidos o robados.
- Medicamentos administrados por un profesional clínico de salud a menos que se especifique lo contrario en la Lista de medicamentos recetados disponibles.
- Medicamentos de origen extranjero o medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU., excepto en ciertos casos de escasez de medicamentos, cuando lo permita el beneficio de farmacia de la persona.
- Medicamentos para la pérdida de peso
- Medicamentos para la disfunción sexual

Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos recetados disponibles

Los medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos recetados disponibles están cubiertos cuando son médicamente necesarios.

¿Cómo solicito una excepción para un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles?

Usted, la persona que usted designe o el proveedor que le recete el medicamento puede solicitar una excepción para obtener la cobertura de un medicamento que no aparezca en la Lista de medicamentos recetados disponibles llamando a MedImpact al **1-800- 788-2949**. Después de la recepción de su solicitud de excepción, MedImpact le notificará en un plazo de 72 horas para las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias apremiantes, la aprobación de la solicitud u otro resultado. (Existen circunstancias de urgencia cuando un asegurado padece una condición de salud que pueda poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones, o cuando esté usando un medicamento mientras se somete a un tratamiento en curso). Si se concede una solicitud de excepción estándar, se otorgará la cobertura del medicamento que no aparece en la lista de medicamentos recetados disponibles mientras dure el tratamiento, incluidos los surtidos posteriores. Si se concede una excepción basada en circunstancias de urgencia, la cobertura del medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles se concederá mientras dure la urgencia. Puede apelar la denegación de una solicitud de excepción. Consulte su *Certificado de Seguro* para obtener más información sobre sus Derechos de Apelación y los procedimientos para hacerlo.

¿Hay alguna restricción sobre los medicamentos cubiertos en la Lista de medicamentos recetados disponibles?

Sí, para determinados agentes de la Lista de medicamentos recetados disponibles puede aplicarse una pauta de receta recomendada. Estas se mencionan a lo largo del documento mediante los siguientes símbolos (*consulte la tabla siguiente*).

Tabla de símbolos de las pautas:

Símbolo	Pautas	Descripción
EDAD	Modificar edad	La cobertura depende de la edad del paciente.
PA	Autorización previa	Requiere una autorización previa basada en criterios clínicos específicos. <i>Vea "¿Qué es una autorización previa?" más abajo para obtener información adicional.</i>
QL	Límite de cantidad	La cobertura se limita a cantidades específicas por receta o periodo de tiempo. Se requiere autorización previa para las cantidades que superen la restricción.
ST	Tratamiento escalonado	La cobertura depende del uso previo de otro medicamento. Puede ser necesaria una autorización previa. <i>Vea "¿Qué es el tratamiento escalonado?" más adelante para obtener información adicional.</i>
KP	Cubierto por las farmacias de Kaiser Permanente (KP)	Cubiertos en el nivel de HMO de su plan de POS a través de las farmacias de KP según una Lista de medicamentos recetados disponibles separada (vea kp.org/formulary [haga clic en "Español"])

¿Qué es una Autorización Previa?

Una autorización previa (Prior Authorization, "PA") es una técnica que se usa para fomentar el uso seguro y a precios competitivos de los medicamentos. Muchos medicamentos tienen múltiples indicaciones, por lo que se establecen PA para los medicamentos para garantizar que el medicamento sea apropiado y seguro para el asegurado.

¿Cómo funciona el programa? Los medicamentos marcados con una PA significan que el profesional que se los receta debe demostrar primero que usted tiene una necesidad médica de ese medicamento en concreto. Esto significa que para recibir cobertura el profesional que le receta tendrá que colaborar con MedImpact para recibir la autorización previa del medicamento. Los medicamentos con autorización previa tienen criterios clínicos específicos que usted debe cumplir para obtener cobertura. Consulte la columna Requisitos/Límites de la Lista de medicamentos recetados disponibles para conocer los medicamentos que requieren una PA.

Después de la recepción de su solicitud de autorización previa, MedImpact notificará al proveedor autorizado para recetar en un plazo de 72 horas para las solicitudes no urgentes y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia para la aprobación de la solicitud u otro resultado. Si MedImpact no responde en un plazo de 72 horas para el caso de las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia, a partir de la recepción de un formulario de solicitud de un proveedor autorizado para recetar medicamentos, se deberá considerar que la solicitud fue aprobada. Si no le satisface el resultado, puede solicitar una renuncia llamando a MedImpact al **1-800-788-2949**.

¿Qué son los límites de cantidad?

La cobertura de ciertos medicamentos puede estar limitada a cantidades específicas por receta o periodo de tiempo. Se requiere autorización previa para las cantidades que superen la pauta de límite de cantidad.

¿Qué es el tratamiento escalonado?

Algunos medicamentos recetados seleccionados requieren un tratamiento escalonado. El Programa de Tratamiento Escalonado fomenta el uso seguro y a precios competitivos de los medicamentos. En este programa, se requiere un método "escalonado" para recibir la cobertura de ciertos medicamentos de alto costo. Esto significa que para recibir cobertura es posible que tenga que probar primero un medicamento de eficacia probada y menor costo antes de usar un tratamiento más costoso.

¿Cómo funciona el programa? El Programa de Tratamiento Escalonado requiere que tenga un historial de recetas de un medicamento "de primera línea" antes de que su plan de beneficios cubra un medicamento "de segunda línea". Un medicamento de primera línea está reconocido como seguro y eficaz en el tratamiento de una afección médica específica, además de mantener los costos bajos. Un medicamento de segunda línea es una opción de tratamiento menos preferida o a veces más costosa. Vea una lista completa de los medicamentos que requieren tratamiento escalonado y sus criterios en Modificaciones de tratamiento escalonado de la sección "Índice" al final de la Lista de medicamentos recetados disponibles.

Cuando sea posible, su médico debe recetarle un medicamento de primera línea apropiado para su enfermedad. Si su médico determina que un medicamento de primera línea no es apropiado para usted o no es eficaz, su beneficio de medicamentos recetados cubrirá un medicamento de segunda línea cuando se cumplan determinadas condiciones. Puede ser necesaria una autorización previa. Después de la recepción de su solicitud para un medicamento de segunda línea, MedImpact notificará al proveedor autorizado para emitir la receta, en un plazo de 72 horas para las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias apremiantes para la aprobación de la solicitud u otro resultado. Si no le satisface el resultado, puede solicitar una exención llamando a MedImpact al **1-800-788-2949**.

Nota: Si pasó de una cobertura de Seguro Médico anterior a una nueva póliza de Seguro Médico de KPIC, cualquier medicamento recetado que le estén recetando actualmente y que se considere seguro y eficaz para tratar una afección médica puede no estar sujeto al tratamiento escalonado si, en su cobertura anterior:

- 1) el medicamento no estaba previamente sujeto a tratamiento escalonado, o
- 2) ya se había obtenido el tratamiento escalonado.

Esto no se aplica si el Comité de P&T de MedImpact o su proveedor determina que dicho medicamento ya no es seguro o eficaz para tratar su afección médica. Es posible que se requiera una autorización previa para continuar con la cobertura de un medicamento recetado de acuerdo con el tratamiento escalonado impuesto por su cobertura anterior, y el profesional que lo recete no está imposibilitado para recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza, que sea médicamente apropiado para su afección.

La red de farmacias

Esta Lista de medicamentos recetados disponibles solo se aplica a los medicamentos recetados, los medicamentos y los suministros adquiridos en una farmacia minorista de la red de MedImpact. Para surtir sus recetas cubiertas, vaya a una farmacia de la red de MedImpact. Cuando vaya a una farmacia de la red de MedImpact, dele al farmacéutico su tarjeta de identificación de KPIC con el logotipo de MedImpact. La red de farmacias de MedImpact incluye más de 60,000 farmacias entre cadenas y farmacias independientes de todo el país. Para encontrar una farmacia de la red de MedImpact cerca de usted, llame al **1-800-788-2949**.

¿Cuáles son los medicamentos elegibles para enviarse por el servicio de farmacia por correo?

No hay cobertura de servicios de farmacia por correo disponible con respecto a esta Lista de medicamentos recetados disponibles a través de MedImpact o a través de su cobertura del plan de POS de KPIC. La cobertura del servicio de farmacia por correo se proporciona en el nivel de HMO del Plan POS a través del servicio de farmacia por correo de Kaiser Permanente. Por favor, vea su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o visite kp.org/formulary (haga clic en "Español") para conocer los detalles de este beneficio.

Cobertura y limitaciones de los beneficios

Esta Lista de medicamentos recetados disponibles impresa no proporciona información sobre la cobertura y limitaciones específicas a las que usted puede estar sujeto. Las inclusiones, exclusiones y los gastos de bolsillo de beneficios específicos no se reflejan en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

La Lista de medicamentos recetados disponibles se aplica solo a los medicamentos para pacientes ambulatorios que se le hayan proporcionado y no se aplica a los medicamentos que se usan en un establecimiento para pacientes hospitalizados. Si tiene preguntas específicas sobre su cobertura, por favor llame a Servicio al Cliente de KPIC al **1-800-788-0710**.

Definición de términos

Los siguientes términos se aplican a su cobertura de medicamentos recetados y a la Lista de medicamentos recetados disponibles.

"Autorización previa" significa la decisión de su aseguradora médica de que un beneficio de atención médica es médicamente necesario para usted. Si un medicamento recetado está sujeto a autorización previa en esta Lista de medicamentos recetados disponibles, el proveedor que se lo receta debe solicitar la aprobación de su aseguradora médica para que cubra el medicamento antes de que usted pueda surtir su receta. Su aseguradora médica tiene que conceder una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

"Circunstancias apremiantes" significa cuando usted padece una afección médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones o cuando está en un ciclo de tratamiento actual usando un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

"Copago" significa un monto fijo en dólares que usted paga por un beneficio de atención médica cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica.

"Coseguro" significa un porcentaje del costo de un beneficio de atención médica cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica.

"Deducible" significa el monto que usted paga por los beneficios de atención médica cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud comience a pagar. Si su póliza de Seguro Médico tiene deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para los beneficios médicos y los beneficios de medicamentos recetados. Después de que pague su deducible, normalmente paga solo un copago o un coseguro por los beneficios de atención médica cubiertos. Su aseguradora paga el resto.

"Gastos de bolsillo" significa sus gastos en beneficios de atención médica que su Seguro Médico no reembolsa. Los gastos de bolsillo incluyen los deducibles, copagos y coseguros de los beneficios de atención médica cubiertos más todos los costos de los beneficios de atención médica que no están cubiertos.

"Lista de medicamentos recetados disponibles" significa la lista de medicamentos que cubre su póliza de Seguro Médico de acuerdo con el beneficio de medicamentos recetados de la póliza.

"Médicamente necesario" significa los beneficios de atención médica necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. El Seguro

Médico no suele cubrir los beneficios de atención médica que no son médicamente necesarios. El hecho de que un médico pueda recetar, autorizar o indicar un servicio no lo hace médicamente necesario o cubierto por la póliza de grupo.

"Medicamento de marca" significa un medicamento que se comercializa con un nombre propio protegido por una marca comercial. Un medicamento de marca aparece en esta Lista de medicamentos recetados disponibles con todas las letras en MAYÚSCULAS.

"Medicamento genérico" significa un medicamento que es igual a su equivalente de marca en cuanto a dosis, potencia, efecto, forma de tomarlo, calidad, seguridad y uso previsto. Un medicamento genérico aparece en esta Lista de medicamentos recetados disponibles en letras minúsculas y en cursiva.

"Medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles" significa un medicamento recetado que no aparece en esta Lista de medicamentos recetados disponibles.

"Medicamento recetado" significa un medicamento que por ley requiere receta médica.

"Medicamentos de venta libre (OTC)" son aquellos medicamentos que se venden directamente al consumidor sin que sea necesaria la receta de un profesional de la atención médica. A efectos de esta Lista de medicamentos recetados disponibles, los medicamentos OTC que están cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios requieren una receta de su médico.

"Nivel de medicamento" se refiere a un grupo de medicamentos recetados que corresponden a un nivel específico de costo compartido de su póliza de Seguro Médico. El nivel en el que se coloca un medicamento recetado determina su parte del costo por el medicamento.

"Proveedor que le receta" significa un proveedor de atención médica que puede extender una receta para un medicamento para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica.

"Receta" significa una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que le receta para autorizar que se le proporcione un medicamento recetado a una persona específica.

"Solicitud de excepción" significa una solicitud de cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de atención médica que le receta el medicamento envía una solicitud de cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles, su aseguradora debe cubrir dicho medicamento que no está en la lista cuando sea médicamente necesario que usted lo tome.

"Tratamiento escalonado" significa una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos recetados para una afección médica particular. Si un medicamento está sujeto a tratamiento escalonado en esta Lista de medicamentos recetados disponibles, es posible que tenga que probar uno o más medicamentos diferentes antes de que su póliza de Seguro Médico cubra ese medicamento para su afección médica. Si el proveedor que le receta el medicamento envía una solicitud para que se haga una excepción al requisito del tratamiento escalonado, su aseguradora médica debe concederle la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), suscribe el nivel de HMO del Plan de POS de Kaiser Permanente y Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), una subsidiaria de KFHP, suscribe los niveles de proveedores participantes y no participantes del Plan de POS de Kaiser Permanente.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) no discrimina por raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Podemos proporcionar ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como: intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos; letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles. También ofrecemos servicios de idiomas sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Para solicitar estos servicios, por favor llame al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si usted cree que KPIC no proporcionó estos servicios o hay una inquietud de discriminación basada en raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, usted puede presentar una queja informal por teléfono o por correo con el Coordinador de Derechos Civiles de KPIC. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de KPIC puede ayudarle.

**KPIC Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
Teléfono: 1-800-788-0710**

También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de California con respecto a su queja.

**Por teléfono:
Departamento de Seguros de California
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4
TDD (1-800-482-4833)**

**Por correo postal:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013**

Por correo electrónico: www.insurance.ca.gov

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si tiene una inquietud sobre discriminación por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Puede presentar la queja de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

o por correo postal o teléfono a:

**U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).**

Los formularios de quejas están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. You may also request for materials to be translated into your language or alternative formats sent to you. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios de idioma sin costo. Puede obtener servicios de un intérprete y que le lea documentos en su idioma. También puede solicitar que se traduzcan materiales a su idioma o que se le envíen en formatos alternativos. Si necesita ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más información, llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員並請人使用您的語言將文件唸給您聽。您也可以要求將資料翻譯成您的語言或以替代格式寄給您。如需幫助，請致電您會員證上所列的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步幫助，請致電1-800-927-4357與加州保險部聯絡。TTY使用者請致電711。Chinese

Bizaad bee áko t'áá íyisí bá oolzinígíí. Díí bizaad bee naaltsoos nihá ályaaígíí t'áá íyisí yíníłta'go bee hane' doo naaltsoos nihá níłtsá. Díí naaltsoos nihá bááq yáhoot'éeł doo t'oh yáti'ígíí éí nihá bááq yáhoot'éełígíí t'áá íyisí bee ná'áłkidgo nihá dah naashá. Ákót'éego baa ahééh ná'idíłwo', doo bik'ehgo naaltsoos bee naaznilígíí bikáá' dah naashá ID béesh bee hane'gi t'áá ájít'éego bee hodiłłnih doo 1-800-788-0710 áłtsé. Díkwíí hóló holne'go, California Béeso Bee Hane' Áłchíní Bá Hooghan bee 1-800-927-4357 bibeeso biká anilyeed. TTY yáhoot'éeł nihá shikaad 711. Navajo

Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được bố trí thông dịch viên và người đọc thông tin giấy tờ, tài liệu bằng ngôn ngữ quý vị dùng cho quý vị nghe. Quý vị cũng có thể yêu cầu dịch tài liệu sang ngôn ngữ của quý vị hoặc gửi đến quý vị các định dạng thay thế. Để được giúp đỡ, hãy gọi chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ Nhận Dạng (thẻ ID) của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Sở Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người dùng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 통역사를 통해 사용하시는 언어로 서류를 읽어드립니다. 또한 사용하시는 언어로 자료를 번역해달라고 요청하거나 대체 형식으로 보내달라고 요청하셔도 됩니다. 도움이 필요한 경우, 회원 신분증에 적힌 번호나 1-800-788-0710 번으로 문의하십시오. 추가로 도움이 필요한 경우, 캘리포니아주 보험국 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하시기를 바랍니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오. Korean

Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kayong kumuha ng interpreter at ipabasa ang mga dokumento sa inyong wika. Maaari rin kayong humiling na ang mga materyal ay isalin sa inyong wika o ipadala sa inyo sa mga alternatibong format. Para sa tulong, tawagan kami sa numero na nakalista sa inyong card ng pagkakakilanlan o sa 1-800-788-0710. Para sa higit pang tulong tumawag sa Departamento ng Insurance ng California sa 1-800-927-4357. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ, և փաստաթղթերը կարող են ընթերցել ձեզ համար ձեր լեզվով: Կարող եք նաև խնդրել, որ նյութերը թարգմանվեն ձեր լեզվով կամ ուղարկվեն ձեզ այլընտրանքային ձևաչափերով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր նույնականացման քարտի վրա նշված համարով կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության վարչություն 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные услуги переводчика. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и документы будут прочтены для вас на вашем языке. Вы также можете подать запрос о переводе материалов на ваш язык или в альтернативные форматы. Если вам требуется помощь, звоните нам по телефону, указанному на вашей идентификационной карте, или по телефону 1-800-788-0710. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния по телефону 1-800-927-4357. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711. Russian

無料の言語サービス。 通訳を手配し、書類をあなたの言語で読み上げてもらうことができます。また、ご希望があれば資料をあなたの言語に翻訳したり、別の形式でお届けすることも可能です。サポートが必要な場合は、身分証明カードに記載されている電話番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにサポートが必要な場合は、カリフォルニア州保険局まで1-800-927-4357にご連絡ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات زبانی رایگان. می‌توانید یک مترجم شفاهی داشته باشید و ترتیبی بدهید تا اسناد به زبان خودتان برای شما خوانده شود. همچنین می‌توانید درخواست کنید که مطالب به زبان شما ترجمه شود یا در قالب‌های جایگزین برای شما ارسال گردد. برای دریافت کمک و راهنمایی، با شماره مندرج در کارت شناسایی یا 1-800-788-0710 با ما تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. Farsi

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਈ ਦੇ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟਾਂ ਦੀ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ Punjabi

សេវាភាសាភាគីត្រី។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែនិងទទួលបានឯកសារអានជូនអ្នក ក្នុងភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឯកសារដើម្បីបកប្រែក្នុងភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរសព្ទមកលេខដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទៅលេខ 1-800-788-0710។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទៅលេខ 711។ Khmer

خدمات لغوية بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك بلغتك. يحق لك أيضاً طلب إرسال وثائق مترجمة بلغتك أو صيغ بديلة للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك أو 1-866-213-3062. لمزيد من المساعدة اتصل بقسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. العربية Arabic

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem txais ib tug kws txhais lus thiab txais kev nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus. Koj tuaj kheev thov kom muab cov ntaub ntawv txhais mus ua koj hom lus los sis xa ua lwm hom ntawv tuaj rau koj huv si. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj uas sau nyob rau ntawm koj daim npav cim thawj los sis 1-800-788-0710. Rau kev pab ntxiv, hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

बिना किसी लागत के भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं और दस्तावेज़ आपको आपकी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या आपको भेजे जाने वाले वैकल्पिक प्रारूप में अनुवाद करवाने के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर या 1-800-788-0710 पर हमें कॉल करें। अधिक सहायता के लिए कैलिफोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ इंशोरेंस को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। TTY प्रयोक्ता 711 पर कॉल करें। हिंदी: Hindi

บริการด้านภาษาที่ไม่คิดค่าบริการ คุณสามารถขอใช้บริการล่ามและบริการอ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ คุณอาจขอเอกสารที่แปลเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นที่ส่งถึงคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏบนบัตรประจำตัวของคุณหรือติดต่อหมายเลข 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดติดต่อกรมการประกันภัยของรัฐบาลแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้เครื่อง TTY โปรดติดต่อหมายเลข 711 Thai

Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	36
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	36
Agentes De Terapia Respiratoria.....	84
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	85
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	109
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	109
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	110
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	110
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	144
Anthelmintic.....	146
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	147
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	165
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	184
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	184
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	188
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	189
Antiseptics And Disinfectants.....	228
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	228
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	249
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	249
Biológicos.....	323
Biológicos - Biological Agents.....	323
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	338
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	343
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	344
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	348
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine.....	350
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	351
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	436
Endocrino.....	436
Endocrino - Hormones.....	437
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	480
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	484
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	486
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	486
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents.....	584
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	584
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	734
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	737
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants..	738
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	740
Sistema Locomotor.....	743
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	744

Soluciones De Preservación De Órganos.....	750
Soluciones De Preservación De Órganos - Drugs For The Heart.....	751
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	752
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	895
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	906
Terapia De Trastorno Cognitivo.....	907
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	908
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	910
Terapia Para Trastorno Alimentario.....	923
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	923
Thyroid Therapy.....	924
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	925
Vitamins - E.....	929
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	929

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antiinfecciosos		
Antiretroviral - Capsid Inhibitors		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA;KP
YEZTUGO ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	PV	
YEZTUGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	PV	
Penem Antibiotic Combinations		
ORLYNVAH ORAL TABLET 500-500 MG (sulopenem etzadroxil/probenecid)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
Adyuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Drugs For Infections		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (interferon gamma-1b,recomb.)	Nivel 3	PA; KP
Agente Antiviral Cmv - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
VALCYTE ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (valganciclovir HCl)	Nivel 3	
VALCYTE ORAL TABLET 450 MG (valganciclovir HCl)	Nivel 3	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente Antiviral Cmv - Inhibidores De Complejo De Terminasa - Drugs For Viral Infections		
PREVYMIS ORAL PELLETS IN PACKET 120 MG, 20 MG (letermovir)	Nivel 3	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG (letermovir)	Nivel 3	PA
Agentes Antihelmíntico - Derivados De Benzimidazoles - Drugs For Parasites		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG (mebendazole)	Nivel 2	PA
Agentes Antihelmíntico - Lactonas Macroscópica - Drugs For Parasites		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
STROMEKTOL ORAL TABLET 3 MG (ivermectin)	Nivel 3	
Agentes Antihelmíntico Otros - Drugs For Parasites		
BILTRICIDE ORAL TABLET 600 MG (praziquantel)	Nivel 3	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antiprotozoarios (Antiparasitarios) - Derivados De Nitrotiazolilo-5 - Drugs For Parasites		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (nitazoxanide)	Nivel 3	QL (50 ML per 1 day)
ALINIA ORAL TABLET 500 MG (nitazoxanide)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antivirales De Influenza - Inhibidor De Endonucleasa Pa - Drugs For Viral Infections		
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG (baloxavir marboxil)	Nivel 2	QL (4 EA per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG (baloxavir marboxil)	Nivel 2	QL (2 EA per 180 days)
Agentes Antivirales De Virus De Viruela - Drugs For Viral Infections		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (brincidofovir)	Nivel 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (brincidofovir)	Nivel 2	
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (tecovirimat)	Nivel 2	
Agentes Antivirales De Virus Respiratorio Sincitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Nivel 1	
VIRAZOLE INHALATION RECON SOLN 6 GRAM (ribavirin)	Nivel 3	
Alternative Therapy - Topical Anti-Inflammatory Agents - Antibiotics		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM (aminosalicylic acid)	Nivel 3	
Aminoglycoside Antibiotic - Drugs For Viral Infections		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine HCl)	Nivel 2	
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG (rilpivirine HCl)	Nivel 2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (etravirine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (etravirine)	Nivel 2	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG (doravirine)	Nivel 3	
Aminopenicillin Antibiotic - Antibiotics		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
MOXATAG ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 775 MG (amoxicillin)	Nivel 3	
Antagonista De Folato Antibacteriano - Otras Combinaciones - Antibiotics		
BACTRIM DS ORAL TABLET 800-160 MG (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Nivel 3	
BACTRIM ORAL TABLET 400-80 MG (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Nivel 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Nivel 1	
SULFATRIM ORAL SUSPENSION 200-40 MG/5 ML (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antagonista De Folato Antibacteriano Otros - Antibiotics		
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML (trimethoprim)	Nivel 2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Antibacterial Agents - Drugs For Viral Infections		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (sofosbuvir)	Nivel 3	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sofosbuvir)	Nivel 3	PA
Antibacterial Other - Drugs For Viral Infections		
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir sodium)	Nivel 3	
Antibióticos De Alcaloides De Protoberberina Cuaternaria - Antibiotics		
<i>berberine chloride oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
BERBERINE ES-5 ORAL CAPSULE 200 MG (dihydroberberine)	Nivel 3	
Antibióticos De Aminoglucósido - Antibiotics		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML (amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories)	Nivel 3	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Aminometilciclina - Antibiotics		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 600-42.9 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a different strength of Augmentin within the past 120 days; QL (150 ML per 30 days)
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 250-62.5 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
AUGMENTIN ORAL TABLET 500-125 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
AUGMENTIN XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 1,000-62.5 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 3	
Antibióticos De Fluoroquinolona - Antibiotics		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CIPRO ORAL SUSPENSION,MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Nivel 2	
CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (ciprofloxacin HCl)	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Nivel 2	
ZYVOX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (linezolid)	Nivel 3	
ZYVOX ORAL TABLET 600 MG (linezolid)	Nivel 3	
Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Nivel 3	PA
Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
doxycycline monohydrate (Avidoxy Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 50mg/100mg IR tablets/capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DORYX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 80 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 150 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg tablets or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules/tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg, 80 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule, ir - delay rel, biphase 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
EMROSI ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule, extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
doxycycline monohydrate (Mondoxyme NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
doxycycline monohydrate (Mondoxyme NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
MORGIDOX 1X 50 KIT 50 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 1X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 2X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule 50 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 3	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 3	
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
doxycycline hyclate (Targadox Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	Nivel 1	
tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg	Nivel 3	
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Antibióticos Macrólidos - Antibiotics		
azithromycin oral packet 1 gram	Nivel 1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	Nivel 1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Nivel 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 400 MG/5 ML (erythromycin ethylsuccinate)	Nivel 3	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Nivel 1	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 333 Mg)	Nivel 3	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (erythromycin stearate)	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
ZITHROMAX ORAL PACKET 1 GRAM (azithromycin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML, 200 MG/5 ML (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET 500 MG (azithromycin)	Nivel 3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET 250 MG (azithromycin)	Nivel 3	
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitor, Triterpenoid - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Nivel 3	PA
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitors - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Nivel 3	PA
Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Nivel 3	PA
Antifungal Other - Drugs For Viral Infections		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifungals - Drugs For Viral Infections		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	
VALTREX ORAL TABLET 1 GRAM, 500 MG (valacyclovir HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZOVIRAX ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (acyclovir)	Nivel 3	
Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus		
ANCOBON ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (flucytosine)	Nivel 3	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Nivel 3	PA
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fluconazole)	Nivel 3	
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (fluconazole)	Nivel 3	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Nivel 3	PA
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (posaconazole)	Nivel 3	PA
NOXAFIL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG (posaconazole)	Nivel 3	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 1	PA
SPORANOX ORAL CAPSULE 100 MG (itraconazole)	Nivel 3	
SPORANOX ORAL SOLUTION 10 MG/ML (itraconazole)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Nivel 3	PA
VFEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (voriconazole)	Nivel 3	
VFEND ORAL TABLET 50 MG (voriconazole)	Nivel 3	
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Nivel 3	PA
Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
Antipalúdicos - Drugs For Parasites		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 16 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 16 days)
DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG (pyrimethamine)	Nivel 3	PA
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (100 EA per 30 days)
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Nivel 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 3	PA
QUALAQUIN ORAL CAPSULE 324 MG (quinine sulfate)	Nivel 3	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
Antiprotzoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Nivel 3	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metronidazole oral tablet 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoario-Antibacteriano De 2Da Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (secnidazole)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antiretroviral - Análogos De Nucleósido Y Nucleótido, Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Nivel 2	
Antiretroviral - Cd4 Attachment Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (fostemsavir tromethamine)	Nivel 2	PA
Antiretroviral - Comb De Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Combinaciones De Análogos De Nucleósido E Inhibidor De Integrasa - Drugs For Viral Infections		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nnrti - Drugs For Viral Infections		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (dolutegravir sodium/rilpivirine HCl)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nrti - Drugs For Viral Infections		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Rtis Análogos De Nucleósido Y Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG (emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
Antiretroviral - Inhibidores De Fusión Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (enfuvirtide)	Nivel 2	KP
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análogo Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG (emtricitabine)	Nivel 3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (emtricitabine)	Nivel 2	
EPIVIR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lamivudine)	Nivel 3	
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (lamivudine)	Nivel 3	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
RETROVIR ORAL CAPSULE 100 MG (zidovudine)	Nivel 3	
RETROVIR ORAL SYRUP 10 MG/ML (zidovudine)	Nivel 3	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
ZIAGEN ORAL SOLUTION 20 MG/ML (abacavir sulfate)	Nivel 3	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Inhibidores De Transferencia De Sepa De Integrasa Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY 0.15 IN 1 DAY, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS; Age (Min 12 Years)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG (dolutegravir sodium)	Nivel 2	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG (dolutegravir sodium)	Nivel 2	
Antituberculosos - Derivados De Ácido Isonicotínico - Antibiotics		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Rifamicinas Y Derivados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 1St Generation - Antibiotics		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 3Rd Generation - Antibiotics		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
SPECTRACEF ORAL TABLET 400 MG (cefditoren pivoxil)	Nivel 3	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG (cefixime)	Nivel 3	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML (cefixime)	Nivel 3	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 500 MG/5 ML (cefixime)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 200 MG (cefixime)	Nivel 2	
Chemicals - Acids - Antibiotics		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Chemicals - Bases - Antibiotics		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Nivel 3	
Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Single Agents - Drugs For Parasites		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (nifurtimox)	Nivel 3	
Cmv Antiviral Agent - Inorganic Pyrophosphate Analogs - Antibiotics		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cmv Antiviral Agent - Protein Kinase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG (maribavir)	Nivel 3	PA
Combinaciones De Antirretrovirales - Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir/ritonavir)	Nivel 3	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG (lopinavir/ritonavir)	Nivel 3	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	
Combinaciones De Tetraciclina Y Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
AVIDOXY DK KIT 100 MG-2 % -SPF 30 (doxycycline monohydrate/salicylic acid/octinoxate/zinc oxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENZODOX 30 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 60 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
Derivados De Nitrofuranos Antibacterianos - Antibiotics		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 3	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
Dermatological - Enzyme Combinations - Drugs For Fungus		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratolytic-Antimitotic Combinations - Drugs For Viral Infections		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (40 EA per 180 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 180 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (zanamivir)	Nivel 3	QL (40 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (oseltamivir phosphate)	Nivel 3	QL (40 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (oseltamivir phosphate)	Nivel 3	QL (20 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 6 MG/ML (oseltamivir phosphate)	Nivel 3	QL (360 ML per 180 days)
Dermatological - Pigmenting Agents - Antibiotics		
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (300 ML per 1 FILL)
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (600 ML per 1 FILL)
VANCOCIN ORAL CAPSULE 125 MG (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (56 EA per 1 FILL)
VANCOCIN ORAL CAPSULE 250 MG (vancomycin HCl)	Nivel 3	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (600 ML per 1 FILL)
Dermatological - Therapeutic Bath Products - Antibiotics		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA
Dermatological - Topical Local Anesthetics And Combinations - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether/lumefantrine)	Nivel 3	
MALARONE ORAL TABLET 250-100 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 3	
MALARONE PEDIATRIC ORAL TABLET 62.5-25 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 3	
Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Hepatitis C - Comb De Inhib De Proteasa Ns5a, Ns3/4A, Nucleo.Ns5b Polimerasa - Drugs For Viral Infections		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)	Nivel 3	PA
Hepatitis C - Inhibidor De Ns5a Y Combinación De Inhibidor De Proteasa Ns3/4A - Drugs For Viral Infections		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 3	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 3	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Nivel 3	PA
Hepatitis C - Interferones - Drugs For Viral Infections		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
Influenza-Agentes Antivirales A - Drugs For Viral Infections		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	
Inhibidores De Proteasa (No-Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)	Nivel 2	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (darunavir)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (darunavir)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (darunavir)	Nivel 3	
Inhibidores De Proteasa (Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL TABLET 100 MG (ritonavir)	Nivel 3	
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 2	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (nelfinavir mesylate)	Nivel 2	
Macrolide Antibiotics - Drugs For Parasites		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
Macrolide Combinations - Antibiotics		
CLEOCIN HCL ORAL CAPSULE 150 MG, 300 MG, 75 MG (clindamycin HCl)	Nivel 3	
clindamycin palmitate HCl (Cleocin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 MI)	Nivel 3	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
clindamycin palmitate HCl (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 MI)	Nivel 1	
Macrolide Combinations Other - Drugs For Viral Infections		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG (bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir alafenamide fumar)	Nivel 2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Nivel 2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Nasal Dilator Strips - Drugs For Viral Infections		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricit-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg</i>	Nivel 1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG (efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG (efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Nebulizers - Antibiotics		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET 3 GRAM (fosfomycin tromethamine)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Respiratory Therapy Supplies - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (miltefosine)	Nivel 2	PA
MEPRON ORAL SUSPENSION 750 MG/5 ML (atovaquone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Penicillin Antibiotic - Natural - Antibiotics		
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Penicillin Antibiotic - Penicillinase-Resistant - Antibiotics		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Quinolone Antibiotics - Drugs For Viral Infections		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (maraviroc)	Nivel 2	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (maraviroc)	Nivel 3	
Rifamicinas Y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Nivel 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (rifaximin)	Nivel 3	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (rifaximin)	Nivel 2	PA
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5) (nirmatrelvir/ritonavir)	PV	QL (20 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	PV	QL (30 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Rna Polymerase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (molnupiravir)	PV	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)
Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus		
griseofulvin ultramicrosize (Fulvicin P/G Oral Tablet 165 Mg)	Nivel 3	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i>	Nivel 3	
Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (miconazole)	Nivel 3	
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleósidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)	Nivel 2	QL (630 ML per 30 days)
BARACLUDE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (entecavir)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleótidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
HEPSERA ORAL TABLET 10 MG (adefovir dipivoxil)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (tenofovir alafenamide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 3	
Varias Combinaciones De Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 3	
Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
NEBUPENT INHALATION RECON SOLN 300 MG (pentamidine isethionate)	Nivel 3	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
Agentes De Terapia Gastrointestinal		
Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Nivel 3	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Nivel 3	PA
Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach		
Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
lactulose (Generlac Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
APRISO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.375 GRAM (mesalamine)	Nivel 3	
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1,000 MG (mesalamine)	Nivel 3	
COLAZAL ORAL CAPSULE 750 MG (balsalazide disodium)	Nivel 3	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lialda within the past 120 days
LIALDA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM (mesalamine)	Nivel 3	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG (mesalamine)	Nivel 3	
ROWASA RECTAL ENEMA KIT 4 GRAM/60 ML (mesalamine with cleansing wipes)	Nivel 3	
SFROWASA RECTAL ENEMA 4 GRAM/60 ML (mesalamine)	Nivel 3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Intestino Inflamatorio - Antagonista De Receptor De Integrina, Anticuerpo Mc - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML (vedolizumab)	Nivel 3	PA; KP
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Interleucina-12 Y Il-23, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA; KP
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA; KP
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 3	PA; KP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA; KP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA; KP
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Quinasa De Janus (Jak) - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG (upadacitinib)	Nivel 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
LOTRONEX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (alosetron HCl)	Nivel 3	
Agente Ibs - Inhibidor De Intercambiador De Sodio-Hidrógeno 3 (Nhe3) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (tenapanor HCl)	Nivel 3	PA
Agentes Antidiarreicos Opioides - Drugs For Diarrhea		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
Agentes De Síndrom De Colon Irritable (Ibs) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG (lubiprostone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG (lubiprostone)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
LOTRONEX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (alosetron HCl)	Nivel 3	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Síndrome Del Intestino Corto (Sbs) - Drugs For The Stomach		
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Nivel 3	
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 3	KP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (octreotide acetate)	Nivel 3	KP
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Nivel 3	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
REGLAN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (metoclopramide HCl)	Nivel 3	
Agentes Solubilizantes De Cálculos Biliares (Litolisis) - Drugs For The Stomach		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Nivel 3	PA
URSO FORTE ORAL TABLET 500 MG (ursodiol)	Nivel 3	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Amebicide Combinations - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidiarreico - Inhibidor De Triptófano De Hidroxilasa - Drugs For Diarrhea		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (telotristat etiprate)	Nivel 3	PA
Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE 80 MG (aprepitant)	Nivel 3	QL (2 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE, DOSE PACK 125 MG (1)- 80 MG (2) (aprepitant)	Nivel 3	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA per 21 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 14 days)
Antiemético - Antihistamínicos - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Antiemético - Fenotiazidas - Drugs For Vomiting And Nausea		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
prochlorperazine (Compazine Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 3	
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 1	
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 3	KP
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antiemético - Tipo Canabinoide - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
Antiespasmódico Gi - Aminas Terciarias Sintéticas - Drugs For Stomach Cramps		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 40 mg</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiespasmódico Gi - Compuestos De Amoníaco Cuaternario - Drugs For Stomach Cramps		
DARTISLA ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.7 MG (glycopyrrolate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 2mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)	Nivel 1	KP
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 1mg or 2mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate/PF)	Nivel 3	KP
ROBINUL FORTE ORAL TABLET 2 MG (glycopyrrolate)	Nivel 3	
ROBINUL ORAL TABLET 1 MG (glycopyrrolate)	Nivel 3	
Antiespasmódico Gi Y Combinaciones De Benzodiacepina - Drugs For Stomach Cramps		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg	Nivel 1	
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 3	
Antiespasmódico Y Combinaciones De Opioides - Drugs For Stomach Cramps		
belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiflatulentos Gastrointestinales - Drugs For The Stomach		
<i>activated charcoal oral capsule 260 mg</i>	Nivel 3	
<i>activated charcoal oral capsule 280 mg</i>	Nivel 3	
BEANAID ORAL CAPSULE 300 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 3	
BEANO ORAL TABLET 400 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 3	
GAS RELIEF-PREVENTION ORAL CAPSULE 600 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 3	
Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
Antihyperglycemic - Sulfonylurea And Biguanide Combinations - Drugs For Diarrhea		
MYTESI ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG (crofelemer)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Antiretrovirals therapy within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antihyperglycemic - Sulfonylurea Derivatives - Drugs For The Stomach		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Nivel 3	PA; KP
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antileprotic - Sulfone Agents - Drugs For The Stomach		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (cholic acid)	Nivel 3	PA
Antiparkinson Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Drugs For Vomiting And Nausea		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (netupitant/palonosetron HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 28 days)
Antiseptic And Disinfectant Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
DONNATAL ORAL ELIXIR 16.2 MG-0.1037 MG/5 ML (5 ML) (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
DONNATAL ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 - 0.0194 mg/5 ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral tablet 16.2-0.1037 - 0.0194 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
PHENOHYTRO ORAL ELIXIR 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Comb - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
PRELIEF ORAL TABLET 65 MG (calcium glycerophosphate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitussive-Antihistamine-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1	
LOMOTIL ORAL TABLET 2.5-0.025 MG (diphenoxylate HCl/atropine sulfate)	Nivel 3	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (difenoxin HCl/atropine sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diphenoxylate/Atropine within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Asthma Therapy - 5-Lipoxygenase Inhibitors - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
CYTOTEC ORAL TABLET 100 MCG, 200 MCG (misoprostol)	Nivel 3	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic Agent Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBIID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic-Expectorant Combinations - Drugs For The Stomach		
DAIRY RELIEF ORAL TABLET 3,000 UNIT, 4,500 UNIT, 9,000 UNIT (lactase)	Nivel 3	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Nivel 3	
PAPAYA DIGESTIVE ENZYME CMPLX ORAL TABLET,CHEWABLE (enzymes,digestive)	Nivel 3	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Nivel 3	PA
Asthma Therapy - Leukotriene Modulators - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
famotidine (Pepcid Oral Tablet 20 Mg, 40 Mg)	Nivel 3	
Asthma Therapy - Leukotriene Receptor Antagonists - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ACIPHEX ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (rabeprazole sodium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 10 MG, 5 MG (rabeprazole sodium)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
DEXILANT ORAL CAPSULE,BIPHASE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG (dexlansoprazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium within the past 120 days
NEXIUM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NEXIUM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 40 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 40 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>pantoprazole oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec within the past 120 days
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
PREVACID ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 30 MG (lansoprazole)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET, DISINTEGRAT, DELAY REL 15 MG, 30 MG (lansoprazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium within the past 120 days
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG (omeprazole magnesium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days
PROTONIX ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 40 MG (pantoprazole sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec within the past 120 days
PROTONIX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG, 40 MG (pantoprazole sodium)	Nivel 3	
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Xanthine Mixtures - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Nivel 1	
PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG (colloidal bismuth subcitrate/metronidazole/tetracycline HCl)	Nivel 3	
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbitur-Antihist Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Ondansetron tablets or ODT within the past 120 days; QL (8 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (50 ML per 15 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 16 mg</i>	Nivel 3	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (granisetron)	Nivel 3	QL (1 EA per 7 days)
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbiturate Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Nivel 1	
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 3 DAY 1 MG OVER 3 DAYS (scopolamine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Xanthine-Expectorant Combinations - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA per 10 days)
OMECLAMOX-PAK ORAL COMBO PACK 20 MG-500 MG-500 MG (40) (omeprazole/clarithromycin/amoxicillin trihydrate)	Nivel 3	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG (omeprazole magnesium/amoxicillin trihydrate/rifabutin)	Nivel 3	QL (168 EA per 14 days); Age (Min 18 Years)
Combinaciones De Absorbentes-Modificadores De Flora Intestinal Antidiarreico Gi - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS-PECTIN ORAL CAPSULE 75 MILLION CELL -100 MG (Lactobacillus acidophilus/pectin)	Nivel 3	
Cough And Cold Or Allergy Combinations Other - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium)</i>	Nivel 3	
Estreñimiento Idiopático Crónico Agentes - Agonistas De Guanilata Ciclasa-C (Gc-C) - Drugs For Constipation		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Expectorant Combinations - Other - Drugs To Prevent Constipation		
BENEFIBER (INULIN-CORN FIBER) ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (soluble corn fiber/inulin)	Nivel 3	
BENEFIBER (WHEAT DEXTRIN) ORAL TABLET 1 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/3.5 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (INULIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM (inulin)	Nivel 3	
BEST FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.5 GRAM, 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 GRAM (polydextrose)	Nivel 3	
CLEAR FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (dextrin)	Nivel 3	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-ASPART) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM, 3.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-SUCROSE) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 3	
DAILY FIBER ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
EASY FIBER (WHEAT DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM-100 MG CALCIUM (wheat dextrin/calcium carbonate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (dextrin)	Nivel 3	
FIBER (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/4 GRAM (dextrin)	Nivel 3	
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/11 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 3	
FIBER (WITH ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose/vitamin B complex)	Nivel 3	
FIBER GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 3	
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 3	
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 3	
FIBERWELL ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose)	Nivel 3	
GERI-MUCIL (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
GERI-MUCIL (SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 3	
KONSYL SUGAR-FREE ORAL POWDER IN PACKET 6 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
METAMUCIL (INULIN-CORN FIBER) ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (soluble corn fiber/inulin)	Nivel 3	
NUTRISOURCE FIBER ORAL PACKET (guar gum)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER (guar gum)	Nivel 3	
PREBIOTIC FIBER (FOS) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (fructooligosaccharides)	Nivel 3	
PREBIOTIC FIBER DIGESTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 3	
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Nivel 3	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/ 3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Nivel 3	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Nivel 3	
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Nivel 3	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM, 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 3	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 3	
Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>prucalopride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
H.Pylori Therapy-Potassium-Competitive Acid Blocker And Antibiotics - Drugs For The Stomach		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)-500 MG (84) (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate)	Nivel 3	PA; QL (112 EA per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin)	Nivel 3	PA; QL (112 EA per 14 days)
Inflammatory Bowel Agent - Interleukin-23 (IL-23) Inhibitor, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2), 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (mirikizumab-mrkz)	Nivel 3	PA; KP
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2), 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (mirikizumab-mrkz)	Nivel 3	PA; KP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (risankizumab-rzaa)	Nivel 3	PA; KP
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP
Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
Laxantes - Combinaciones De Estimulantes Y Salinas/Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 350, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (350 ML per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Laxantes - Salinios/Mezclas Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg (Gavilyte-N Oral Recon Soln 420 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
GOLYTELY ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 3	QL (4000 ML per 1 FILL)
MOVIPREP ORAL POWDER IN PACKET 100-7.5-2.691 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (3 EA per 1 FILL)
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (354 ML per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (2 EA per 1 FILL)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate)	Nivel 3	QL (354 ML per 1 FILL)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (24 EA per 1 FILL)
Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA; KP
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Diabetic Supplies - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
KONVOMEPE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2-84 MG/ML (omeprazole/sodium bicarbonate)	Nivel 3	PA
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1,680 mg, 40-1,680 mg</i>	Nivel 1	PA
Medical Supplies And Dme - Diaphragms - Drugs For Vomiting And Nausea		
BONJESTA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 20-20 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
DICLEGIS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 10-10 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Irrigation-Type Syringes - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG (lubiprostone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG (lubiprostone)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Nivel 3	
PANCREAZE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	
PERTZYE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Nivel 1	
CORTENEMA RECTAL ENEMA 100 MG/60 ML (hydrocortisone)	Nivel 3	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Nivel 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Nivel 3	PA
UCERIS ORAL TABLET, DELAYED AND EXT. RELEASE 9 MG (budesonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 3	
Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus, salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Nivel 3	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Nivel 3	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Nivel 3	
ADVANCED PROBIOTIC ORAL CAPSULE 625 MG (10 BILLION CELL) (L.acidophilus/L.casei/L.lactis/L.rhamnosus/B.lactis/B.longum)	Nivel 3	
ALIGN DUALBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.25 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 3	
AZO VAGINAL HEALTH PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Nivel 3	
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 3	
BENEFIBER ADVANCED ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/maltodextrin/guar gum)	Nivel 3	
BENEFIBER DUAL ACTION ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.5 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENEFIBER DUAL ACTION-THEANINE ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 3 GRAM-200 MG (Bacillus coagulans/inulin/theanine)	Nivel 3	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
BIOMEPRO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 3	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 3	
BIOTINEX ORAL CAPSULE 700 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
BIOZEN ORAL CAPSULE 15.5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
CHILD PROBIOTIC DIGEST-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 3	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Nivel 3	
CHILDREN'S DAILY PROBIOTIC ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (L.acidophilus,casei,rhamnosus/B.breve,longum)	Nivel 3	
CLAIRVEE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CRANBERRY-PROBIOTC(BLEND)-VITC ORAL TABLET 150 MM CELL- 250 MG-30 MG (L.acidophilus/L.salivar/B.bifidum/S.thermophilus/cranberry/C)	Nivel 3	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Nivel 3	
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Nivel 3	
CULTURELLE BABY COLIC-SOOTHING ORAL DROPS 250 MM CELL-10 MCG/5 DROPS (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG/vitamin D3)	Nivel 3	
CULTURELLE BABY DIGESTIVE CALM ORAL DROPS 2 BILLION CELL/5 DROPS (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Nivel 3	
CULTURELLE BABY HEALTH DEVELOP ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 50 MG-300 MG (L. rhamnosus/B. animalis/dha/fucosyllactose/vitamin D3)	Nivel 3	
CULTURELLE BLOATING GAS ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 285 MG-50 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/enzymes,digestive/ginger/minerals)	Nivel 3	
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Nivel 3	
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 BILLION CELL -90 MG-3 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS 4 IN 1 IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-20 MCG (L. rhamnosus/ascorbic acid/vitamin D3/zinc oxide/elderberry)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE KIDS GROW-THRIVE ORAL POWDER IN PACKET 3.5 BILLION CELL-1 GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobac animalis/fucosyllactose/D3)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-1.88 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIO-FIBER ORAL POWDER IN PACKET 2.5 BILLION CELL-3.5 GRAM (Lactobacillus rhamnosus GG/fiber)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOT-FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE MEN'S DAILY HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -90 MG (L. rhamnosus/vit C/vit D3/vit B6/vit B12/magnesium ox/selen)	Nivel 3	
CULTURELLE METABOLISM-WT MGMT ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus rhamnosus/Bifido animalis/vit B6/vit B12)	Nivel 3	
CULTURELLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE PROBIOTIC-PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus rhamnosus/vit B6/B12)	Nivel 3	
CULTURELLE WOMEN'S 4-IN-1 ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 3	
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Nivel 3	
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS) ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 3	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combination no.10)	Nivel 3	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-3,000 UNIT (Bacillus coagulans/lactase)	Nivel 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 140 MG (Bacillus coagulans/calcium carbonate)	Nivel 3	
DIGESTIVE PROBIOTIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 3	
ENVIVE ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
ESTROVEN SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus rhamnosus/vit B6/B12)	Nivel 3	
FEM DOPHILUS ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORAJEN WOMEN ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
FLORAMAX ORAL TABLET 1 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus bulgaricus)	Nivel 3	
FLORASAVE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus no.65/Bifidobac no.7/B.subtilis/bacteriophages)	Nivel 3	
FLORASTART ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE 250-62.5-30 MG (S.boulardii/enzymes/ginger/peppermint leaf/fennel)	Nivel 3	
FLORASTOR DIGEST-METABOLIC ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MILLION CELL -1 GRAM-125 MCG (Bacillus coagulans/inulin/cyanocobalamin)	Nivel 3	
FLORASTOR WOMAN'S PROBIOTIC ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -200 MG (L.acidophilus/L.paracasei/L.rhamnosus/theanine)	Nivel 3	
FLORASTOR BABY ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
FLORASTOR KIDS ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
FLORASTOR SELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE 250-300 MG (Saccharomyces boulardii/inulin)	Nivel 3	
FLORASTOR SELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Nivel 3	
FORTIFY OPT ADV (L. SALIVARUS) ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.83/Bifido animal, bifid, infant/inulin/acacia)	Nivel 3	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL -75 MG (Lactobac no.108/B. animal, bifid, infant/S. therm/inulin/acacia)	Nivel 3	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/B. animalis/B. bifidum/B. infantis)	Nivel 3	
FORTIFY OPTIMA WOMEN ADVANCED ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 90 BILLION CELL -75 MG (Lactobacillus no.102/Bifid anim, bifid/L. lactis/inulin/acacia)	Nivel 3	
FORTIFY OPTIMA WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L. acidophilus, gasseri/Bifidobact animalis, bifidum, infantis)	Nivel 3	
FORTIFY PROBIOTIC 50 PLUS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.21/Bifidobacterium combo no.7/inulin)	Nivel 3	
FORTIFY PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifido animalis, bifidum/inulin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTIFY WOMEN PROBIO(L.SALIV.) ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.32/Bifidobacterium animalis/inulin)	Nivel 3	
FORTIFY WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifidobacterium animalis/inulin)	Nivel 3	
IDEAL BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei,plantarum,rhamn/B.animalis,breve)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS BABY ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (Lactobacillus casei/L. rhamnosus/Bifido no.4/GOS)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS EPS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 25 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobac no.19/Bifidobac breve,longum/Lactoc lactis/P. acidi)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS ORAL CAPSULE 3.4 BILLION CELL-210 MG (Lactobacillus no.33/Bifido animalis,longum/FOS/inulin)	Nivel 3	
JARRO-DOPHILUS WOMEN ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 3	
<i>L. acidophilus-b. coagulans oral tablet 35 million- 25 million cell</i>	Nivel 3	
LACTEOL DIARRHEASE KIDS ORAL POWDER IN PACKET 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LACTEOL DIARRHEASE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral capsule 500 million cell</i>	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 0.5 mg (100 million cell)</i>	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 1 billion cell</i>	Nivel 3	
<i>lactobacillus acidoph-I.bulgar oral tablet 1 million cell</i>	Nivel 3	
LACTOVIVE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
MAGE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 15 BILLION CELL -15 MG (L. acidoph,rhamn/Bifido animalis/B. subtilis/bacteriophages)	Nivel 3	
MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 BILLION CELL -15 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Nivel 3	
MVW COMPLETE FORMUL PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 BILLION CELL -7.5 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Nivel 3	
NEWFLORA ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
NUGUT BOWEL SUPPORT PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC AB-10 ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (L.acid,parac,plant,rhamn,saliv-B.anim,bifid,long-E.faecium)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNI-BIOTIC BALANCE ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL (L.acidoph,casei,salivar/B.animalis/Lactococ.lactis/E.faecium)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC HETOX ORAL POWDER IN PACKET 15 BILLION CELL (L.acidophil,brevis,casei,sal/B.anim,bifid/Lactococcus lactis)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC PANDA ORAL POWDER IN PACKET 3 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis, bifidum/Lactococcus lactis)	Nivel 3	
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE ORAL POWDER IN PACKET 7.5 BILLION CELL (L.acido,casei,para,plant,sali/B.anim,bif/Lactococcus lactis)	Nivel 3	
ONE-A-DAY TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
PREBIOMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 1.4 GRAM (xylooligosaccharides)	Nivel 3	
PRIMADOPHILUS BIFIDUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifidobact.breve,longum)	Nivel 3	
PRIMADOPHILUS ORIGINAL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
PRIMIDAR ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
PROBACAP ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
PROBICHEW ORAL TABLET,CHEWABLE 21 BILLION CELL - 1 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 2 MG-12.5 MCG (L. helveticus,rhamnosus/B. longum/zinc yeast/selenium yeast)	Nivel 3	
PROBIOFLEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Nivel 3	
PROBIOMAX 350 DF ORAL POWDER IN PACKET 350 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 3	
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 45 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 3	
PROBIOMAX DAILY DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Nivel 3	
PROBIOMAX DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Nivel 3	
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-500 MG (Bacillus coagulans/hyperimmune egg)	Nivel 3	
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
PROBIOMAX PLUS DF ORAL POWDER IN PACKET 40 BILLION CELL -1.5 GRAM (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,longum/S.boulardii/larch)	Nivel 3	
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL (L.acidophilus/L.plantarum/B.animalis/B.longum/S.boulardii)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 17.5 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei)	Nivel 3	
PROBIONEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Nivel 3	
PROBIOTIC (B. COAGULANS) ORAL TABLET, CHEWABLE 1 BILLION CELL, 2.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 3	
PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
PROBIOTIC (WITH VITAMIN D3) ORAL TABLET, CHEWABLE 2 BILLION CELL- 5 MCG (Bacillus coagulans/cholecalciferol (vit D3))	Nivel 3	
PROBIOTIC ACIDOPHILUS (4 STRN) ORAL TABLET 1 BILLION CELL- 250 MG (Lactobac acidophilus/L.bulgaricus/B.bifidum/S.thermophilus)	Nivel 3	
PROBIOTIC ACIDOPHILUS(14-STRN) ORAL TABLET, CHEWABLE 3 BILLION CELL (Lactobacillus no.66/Bifidobacterium no.4/S.thermophilus)	Nivel 3	
PROBIOTIC COLON SUPPORT ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (Lactobacillus gasseri/Bifidobacterium bifidum/Bifido longum)	Nivel 3	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei, rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Nivel 3	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN) ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -100 MG (L.acidoph, bulgar, paracasei, rhamnosu/B.animalis, longum/inulin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN) ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Nivel 3	
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Nivel 3	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 3	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Nivel 3	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 3	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Nivel 3	
PROBIOTIC PEARLS COMPLETE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.13)	Nivel 3	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Nivel 3	
PROBIOTIC-10 ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (L.acid,brev,bulg,casei,parac,plant,saliv/Bifidobac animalis)	Nivel 3	
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans,subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Nivel 3	
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROMELLA ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
RELIBIOTIC ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Saccharomyces boulardii)	Nivel 3	
REVITAFLO ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 3	
saccharomyces boulardii oral capsule 250 mg	Nivel 3	
saccharomyces boulardii-yeast oral capsule, delayed release(dr/lec) 5 billion cell- 200 mg	Nivel 3	
SENIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 3	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-BLEND ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis/Bifidobacterium infantis/S.thermoph)	Nivel 3	
SUPERIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobac.acidoph,plantar,rhamn/Bifidobac.animal,breve,longum)	Nivel 3	
SUREBIOTIC ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
TRUBIOTICS BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUBIOTICS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5BILLION CELL -7.5 MCG-1.8 G (Bacillus subtilis/cholecalciferol (vit D3)/inulin)	Nivel 3	
TRUBIOTICS KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 6 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Nivel 3	
TRUBIOTICS KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1.8 GRAM (Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 20 MCG (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis/vit D2)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS MEN'S ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL -90 MG-30 MCG (Lactobac no.21/Bifidobac no.7/vit C/vit D3/vit B6/vit B12)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.51/Bifidobacterium combo no.4)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS WOMEN'S ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 250 MG (L.acidophilus/L.gasseri/L.plant/L.rham/B.animalis/cranberry)	Nivel 3	
UP4 PROBIOTICS-PREBIOTICS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WELLPRO-31 ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 3	
XYBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -1,000 MCG-25MG (L. acidophilus/Bacillus coagulans/folic acid/inulin)	Nivel 3	
YUM-YUM DOPHILUS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 BILLION CELL-50 MG, 500 MILLION CELL-50 MG (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,breve/FOS/inulin)	Nivel 3	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongest-Analgesic Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
<i>cascara sagrada oral tablet 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>senna leaf oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
SENOKOT KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Nivel 3	
SENOKOT ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Nivel 3	
SENOKOT-CHAMOMILE ORAL TEA 1,400 MG- 1,100 MG (senna leaf/herbal complex no.324)	Nivel 3	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
lactulose (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
lactulose (Kristalose Oral Packet 20 Gram)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lactulose solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lactulose oral packet 10 gram</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lactulose solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lactulose oral packet 20 gram</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lactulose solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Nivel 3	
Úlcera Péptica - Citprotectores Adherentes Al Lumen Gástrico - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (sucralfate)	Nivel 3	
CARAFATE ORAL TABLET 1 GRAM (sucralfate)	Nivel 3	
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
Varias Combinaciones Antidiarreicas - Drugs For Diarrhea		
BANATROL PLUS ORAL POWDER IN PACKET (banana flakes/transgalactooligosaccharides)	Nivel 3	
Agentes De Terapia Respiratoria		
Asthma/Copd - Phosphodiesterase-3 And -4 (Pde3 And Pde4) Inhibitors		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 3 MG/2.5 ML (ensifentrine)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bronchiectasis Therapy Agents		
BRINSUPRI ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (brensocatic)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs		
Ace Inhibitor And Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml	Nivel 3	QL (236 ML per 1 FILL)
Agentes Nasaes Post-Quirúrgicos - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Nivel 3	PA
Aminopenicillin Antibiotic Combinations - Extended Release - Drugs For Cystic Fibrosis		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (mannitol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for inhaled 7% Sodium Chloride solution within the past 120 days; QL (20 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Anestesia Nasal - Allergy		
cocaine nasal solution 4 %	Nivel 1	
GOPRELTO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
DYMISTA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 137-50 MCG/SPRAY (azelastine HCl/fluticasone propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Nivel 3	QL (29 GM per 30 days)
Antibacterial Adjuvants - Drugs For Cystic Fibrosis		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (ivacaftor)	Nivel 3	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibacterial Nitrofurantoin Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/COPD		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Antihistamínico De 1era Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antihistamínico De 1era Generación- Descongestivo-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Nivel 1	
Antihistamínico De 2Da Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (desloratadine/pseudoephedrine sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
Antihistamínicos - 1era Generación - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbinoxamine maleate oral suspension, extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Carbinoxamine 4mg tablets and IR solution within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
carbinoxamine maleate (Carbzah Oral Liquid 4 Mg/5 ML)	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemasz Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemsza Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
<i>cycloheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cycloheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Nivel 3	QL (236 ML per 1 FILL)
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 ML)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 3	KP
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperazinas - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperidinas - Drugs For Allergies		
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 3	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
Antihyperlipidemic Agents Other - Drugs For Allergies		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopamine Precursors - Drugs For The Lungs		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 3	PA
Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Antiamebic Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	Nivel 2	QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1	
Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Anticholinergic Comb - Drugs For Asthma/Copd		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (tiotropium bromide)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Spiriva Respimat or Incruse Ellipta within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (revefenacin)	Nivel 3	QL (90 ML per 30 days)
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag- Benzisoxazole Deriv - Drugs For The Lungs		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG (pirfenidone)	Nivel 3	PA
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG (pirfenidone)	Nivel 3	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Nivel 3	PA
Antitusivo No-Opioide-Antihistamínico De 1Era Gen-Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/dextromethorphan (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 MI)	Nivel 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitussives - Drugs For Asthma/Copd		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (21.2 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML, 1 MG/2 ML (budesonide)	Nivel 3	QL (120 ML per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	QL (21.2 GM per 30 days)
Antitussives - Non-Opioid - Drugs For Asthma/Copd		
<i>zileuton oral tablet, er multiphase 12 hr 600 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG (roflumilast)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (10.7 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Thymic Stromal Lymphopoietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Nivel 3	PA; KP
Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension, extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Carbinoxamine 4mg tablets and IR solution within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
carbinoxamine maleate (Carbzah Oral Liquid 4 Mg/5 MI)	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemasz Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemsza Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
Central Alpha-2 Agonists-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>cypheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cypheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
Combinación Antitusivo Opiode-Antihistamínico De 1Era Generación-Comb. De Descongestivo - Drugs For Cough And Cold		
HISTEX-AC ORAL SYRUP 2.5-10-10 MG/5 ML (triprolidine HCl/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAR-COF BP ORAL LIQUID 2-30-7.5 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (chlorpheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (brompheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
RYDEX ORAL LIQUID 1.3-10-6.3 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Anticolinérgico - Drugs For Cough And Cold		
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) ORAL TABLET 5-1.5 MG (hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide)	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral solution 5-1.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Solution 5-1.5 Mg/5 ML)	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Descongestivo-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID 30-10-200 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN DAC ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones Antitusivo Opiode-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
<i>codeine-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
G TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAR-COF CG ORAL LIQUID 7.5-225 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 8-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 3	Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Lavados Nasales - Allergy		
ALKALOL NASAL WASH NASAL SOLUTION (menthol/eucal/thymol/camphor/benz/sod chloride/pot chlorate)	Nivel 3	
Diuretic - Miscellaneous - Allergy		
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	
Diuretic - Miscellaneous And Potassium Combinations - Allergy		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diuretic - Osmotic - Allergy		
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Nivel 1	QL (25 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG (ciclesonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (5 GM per 12 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.8 GM per 30 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (10.6 GM per 30 days)
TICANASE NASAL KIT, SPRAY SUSPENSION AND SPRAY 50 MCG- 0.9 % (fluticasone propionate/sodium chloride/sodium bicarbonate)	Nivel 3	
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following intranasal corticosteroids: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Mometasone within the past 120 days; QL (32 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.1 GM per 30 days)
Expectorants - Single Agents, General - Drugs For Asthma/Copd		
ACCOLATE ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (zafirlukast)	Nivel 3	
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
SINGULAIR ORAL GRANULES IN PACKET 4 MG (montelukast sodium)	Nivel 3	
SINGULAIR ORAL TABLET 10 MG (montelukast sodium)	Nivel 3	
SINGULAIR ORAL TABLET, CHEWABLE 4 MG, 5 MG (montelukast sodium)	Nivel 3	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis		
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML (tobramycin)	Nivel 3	
KITABIS PAK INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin/nebulizer)	Nivel 2	
TOBI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin in 0.225 % sodium chloride)	Nivel 2	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Nivel 2	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Nivel 3	
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Drugs For Cystic Fibrosis		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (aztreonam lysine)	Nivel 2	
Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG (vanzacaftor calcium/tezacaftor/deutivacaftor)	Nivel 3	PA
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
Implante De Corticoesteroide Para Mantener Permeabilidad Sinusal - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Perforomist, Serevent, or Striverdi within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
BROVANA INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 15 MCG/2 ML (arformoterol tartrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Perforomist, Serevent, or Striverdi within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 20 MCG/2 ML (formoterol fumarate)	Nivel 3	QL (120 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Oral Hygiene- Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
XOPENEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION (levalbuterol tartrate)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Peritoneal Dialysis Devices - Drugs For Cough And Cold		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension, extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG (chlorpheniramine maleate/codeine phosphate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Promethazine/Codeine within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Nasal Decongestant Combinations Other - Drugs For Asthma/Copd		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Nasal Mast Cell Stabilizer-Antihistamine Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Nasal Preparations - Nicotinic Receptor Partial Agonist - Drugs For The Nose		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (varenicline tartrate)	Nivel 2	PA
Non-Opioid Antitussive-1st Generation Antihistamine-Analgesic Comb. - Drugs For Asthma/Copd		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (2 %) (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
Non-Opioid Antitussive-Decongestant Combinations - Drugs For The Lungs		
SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 4 GRAM (talc)	Nivel 3	KP
<i>sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM (talc)	Nivel 3	KP
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM (talc)	Nivel 3	KP
Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Nivel 3	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Nivel 3	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Nivel 3	
Peripheral Alpha-1 Receptor Blocker-Diuretic Combination - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 3	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Nivel 3	PA
Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Il-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA; KP
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA; KP
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Il-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Nivel 3	PA; KP
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Il-5) - Drugs For Asthma/Copd		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Nivel 3	PA; KP
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales Para Inmunoglobina E (Ige) - Drugs For Asthma/Copd		
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 3	PA; KP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 3	PA; KP
Terapia De Asma - Xantinas - Drugs For Asthma/Copd		
theophylline anhydrous (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 MI)	Nivel 1	
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG (theophylline anhydrous)	Nivel 2	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Anticolinérgico - Drugs For Asthma/Copd		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG (glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide/albuterol sulfate)	Nivel 2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide/formoterol fumarate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide/olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Glucocorticoide - Drugs For Asthma/Copd		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (12 GM per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 113-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION, 55-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 3	QL (1 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Nivel 2	QL (32.1 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
budesonide/formoterol fumarate (Breyna Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (39 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION (budesonide/formoterol fumarate)	Nivel 3	QL (30.9 GM per 30 days)
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar		
Agents To Treat Cerebrotendinous Xanthomatosis (Ctx)		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Nivel 3	PA
Peroxisome Proliferator-Activated Receptor (Ppar) Agonist		
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG (elafibranor)	Nivel 3	PA
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG (seladelpar lysine)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver		
Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver		
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Nivel 3	PA
Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Nivel 3	PA
BYLVAY ORAL PELLET 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Nivel 3	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVMARLI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (maralixibat chloride)	Nivel 3	PA
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos		
Analgesic - Opioid Antagonists		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 3	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 3	
Analgesic - Selective Sodium Channel Blockers		
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG (suzetrigine)	Nivel 3	PA
Anti-Inflammatory - Antimitotics		
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Nivel 3	
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever		
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, No-Selectivos - Arthritis And Pain Drugs		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, Tnf-Alfa Sel - Arthritis And Pain Drugs		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA; KP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA; KP
Agonistas De Analgésico De Opioides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML (meperidine HCl/PF)	Nivel 3	KP
DEMEROL INJECTION SOLUTION 50 MG/ML (meperidine HCl)	Nivel 3	KP
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (hydromorphone HCl/PF)	Nivel 3	KP
DILAUDID ORAL LIQUID 1 MG/ML (hydromorphone HCl)	Nivel 3	
DILAUDID ORAL TABLET 2 MG, 4 MG, 8 MG (hydromorphone HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DISKETTS ORAL TABLET,SOLUBLE 40 MG (methadone HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET IN APPLICATOR 30 MCG (sufentanil citrate)	Nivel 3	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia syring 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet,oral only,ext.rel.24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydromorphone rectal suppository 3 mg</i>	Nivel 1	
HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 24 HR 100 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (hydrocodone bitartrate)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>meperidine (pf) injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	KP; QL (4 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
methadone HCl (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Nivel 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (40 ML per 1 day)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (methadone HCl)	Nivel 3	QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	KP
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 1	KP
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 3	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG, 15 MG, 200 MG, 30 MG, 60 MG (morphine sulfate)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (tapentadol HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 75 MG (tapentadol HCl)	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone oral tablet, oral only 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 80 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QDOLO ORAL SOLUTION 5 MG/ML (tramadol HCl)	Nivel 3	
ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 10 MG, 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone HCl)	Nivel 3	
<i>tramadol oral capsule, er biphase 24 hr 17-83 300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral capsule, er biphase 24 hr 25-75 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	Nivel 3	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (8 EA per 1 day)
Analgésico - Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Arthritis And Pain Drugs		
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml), 5,000 mcg/10 ml</i>	Nivel 1	KP
DURACLON (PF) EPIDURAL SOLUTION 1,000 MCG/10 ML (100 MCG/ML) (clonidine HCl/PF)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico - Neuronal De Tipo (N) Bloqueadores De Canal De Calcio (Nccbs) - Arthritis And Pain Drugs		
PRIALT INTRATHECAL SOLUTION 100 MCG/ML, 25 MCG/ML (ziconotide acetate)	Nivel 3	KP
Analgésico De Opioide Dihidrocodeína, Analgésico No-Salicilato, Xantina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Hidrocodona Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
APADAZ ORAL TABLET 4.08-325 MG, 6.12-325 MG, 8.16-325 MG (benzhydrocodone HCl/acetaminophen)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
Analgésico De Opiode Hidrocodona Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Analgésico De Opiode Oxidodona Y Combinaciones De No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Analgésico De Opiode Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opiode Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinación De Analgésico No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
COMBOGESIC ORAL TABLET 97.5-325 MG (ibuprofen/acetaminophen)	Nivel 3	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs		
ARTHROTEC 50 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 50-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 3	
ARTHROTEC 75 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 75-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 3	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Antagonista De Receptor De Histamina H2 - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic prescription strength Ibuprofen 400, 600, or 800mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Inhibidor De Bomba De Protones - Arthritis And Pain Drugs		
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Naproxen within the past 120 days
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Irritante Tópico Y Antiirritante - Arthritis And Pain Drugs		
INFLAMMACIN KIT 75 MG- 0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL) KIT, GEL AND TABLET DELAY REL 75 MG-3 %- 3 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 3	
NAPROTIN KIT 500 MG- 0.025 % (naproxen/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 400 MG, 50 MG (celecoxib)	Nivel 3	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos De Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
DISALCID ORAL TABLET 500 MG, 750 MG (salsalate)	Nivel 3	
DOLOBID ORAL TABLET 250 MG, 375 MG (diflunisal)	Nivel 3	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 3	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral capsule 25 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
TRESNI RECTAL SUPPOSITORY 100 MG (diclofenac sodium)	Nivel 3	
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs		
ANAPROX DS ORAL TABLET 550 MG (naproxen sodium)	Nivel 3	
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Nivel 3	
DAYPRO ORAL TABLET 600 MG (oxaprozin)	Nivel 3	
EC-NAPROSYN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 3	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Nivel 3	
FENOPRON ORAL CAPSULE 300 MG (fenoprofen calcium)	Nivel 3	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Nivel 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Nivel 3	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 300 mg</i>	Nivel 3	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Nivel 1	
ketoprofen (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbipr Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbiro Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
NAPROSYN ORAL TABLET 500 MG (naproxen)	Nivel 3	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 3	
<i>oxaprozin oral capsule 300 mg</i>	Nivel 3	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Oxicam - Arthritis And Pain Drugs		
FELDENE ORAL CAPSULE 20 MG (piroxicam)	Nivel 3	
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam submicronized oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior precriptions for generic Meloxicam and Diclofenac tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	KP
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 5 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
RELAFEN DS ORAL TABLET 1,000 MG (nabumetone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Nabumetone tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
SPRIX NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15.75 MG/SPRAY (ketorolac tromethamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic nonsteroidal anti-inflammatory drug within the past 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
Analgésicos Nsaid (Inhibidores De Ciclooxygenasa-No Selectiva) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Nivel 3	
etodolac (Lodine Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 3	
Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Nivel 3	PA; KP
Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Nivel 3	PA
Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 3	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 3	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 3	
Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
Combinaciones De Analgesico De Opiode Fentanilo - Arthritis And Pain Drugs		
<i>fentanyl (pf)-bupivacaine-nacl epidural prefilled pump reservoir 2 mcg/ml- 0.1 %, 2 mcg/ml- 0.125 %</i>	Nivel 1	KP
<i>fentanyl (pf)-bupivacaine-nacl epidural syringe 2 mcg/ml- 0.125 %</i>	Nivel 1	KP
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl (pf) epidural prefilled pump reservoir 2-0.2 mcg/ml-%</i>	Nivel 1	KP
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl (pf) epidural solution 2-0.1 mcg/ml-%, 2-0.125 mcg/ml-%</i>	Nivel 1	KP
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl (pf) epidural syringe 100 mcg/50 ml (2 mcg/ml)-0.1%, 100 mcg/50 ml (2mcg/ml)-0.15%</i>	Nivel 1	KP
Combinaciones De Analgésico De Opiode Oxycodona - Arthritis And Pain Drugs		
oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 3	QL (66 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs		
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Analgésico De Opioides Dihidrocodeína - Arthritis And Pain Drugs		
acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Salicilato Analgésico - Arthritis And Pain Drugs		
choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml	Nivel 1	
Combinaciones De Salicilato Analgésico Y Sedantes - Arthritis And Pain Drugs		
butalbital-aspirin-cafeine oral capsule 50-325-40 mg	Nivel 1	
butalbital-aspirin-cafeine oral tablet 50-325-40 mg	Nivel 1	
Contraceptive Injectable - Progestin - Arthritis And Pain Drugs		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (upadacitinib)	Nivel 3	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Nivel 3	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
Dmard - Antagonista De Receptor De Interleucinas-1 (IL-1Ra) - Arthritis And Pain Drugs		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (anakinra)	Nivel 3	PA; KP
Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 3	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 3	PA
Dmard - Inhibidores De Receptor De Interleucinas-6 (IL-6), Anticuerpo Monoclonal - Arthritis And Pain Drugs		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 3	PA; KP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 3	PA; KP
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 3	PA; KP
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 3	KP
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 3	KP
Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs		
ARAVA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (leflunomide)	Nivel 3	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 3	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 3	
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 3	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Immunomodulator - Rho Kinase Inhibitor - Arthritis And Pain Drugs		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (belumosudil mesylate)	Nivel 3	PA
Inmunomodulador Estimulante De B-Linfocito (Blys)-Mcab Inhibidor Específico - Arthritis And Pain Drugs		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (belimumab)	Nivel 3	PA; KP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (belimumab)	Nivel 3	PA; KP
Medical Supplies And Dme - Air Cleaners - Arthritis And Pain Drugs		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (abatacept)	Nivel 3	PA; KP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Nivel 3	PA; KP
Spermicides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i>	Nivel 1	
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	Nivel 2	
Urinary Anti-Infective Combinations - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule 50-300 mg</i>	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Butalbital/acetaminophen 50mg-325mg combination product within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral solution 50-325-40 mg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Esgic Oral Tablet 50-325-40 Mg)	Nivel 3	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Nivel 1	
Urinary Antispasmodics - Arthritis And Pain Drugs		
BELBUCA BUCCAL FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG (buprenorphine HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	KP; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	KP; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MCG/HOUR, 15 MCG/HOUR, 20 MCG/HOUR, 5 MCG/HOUR, 7.5 MCG/HOUR (buprenorphine)	Nivel 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	
Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
FIORICET WITH CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG (butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine phosphate)	Nivel 3	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (1.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	KP; QL (0.6 ML per 28 days)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA; KP
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA; KP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA; KP
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever		
Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
FORANE INHALATION LIQUID 99.9 % (isoflurane)	Nivel 3	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid 99.97 %</i>	Nivel 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Nivel 3	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
ULTANE INHALATION LIQUID 99.97 % (sevoflurane)	Nivel 3	
Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anestesia, No-Parenteral-Benzodiacepinas-Combinaciones Anti-Eméticas - Drugs For Sedation		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (midazolam/ketamine HCl/ondansetron HCl)	Nivel 1	
Complementos De Anestesia General - Opioide - Drugs For Sedation		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	KP
Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
<i>bupivacaine in nacl(pf) epidural solution 0.125 % (1,250 mcg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>bupivacaine in nacl(pf) epidural syringe 25 mg/10 ml (2.5mg/ml)0.25%</i>	Nivel 1	KP
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 3	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 3	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
<i>ropivacaine (pf)-nacl,iso-osm epidural solution 0.2 % (2 mg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>ropivacaine(pf)-0.9 % sodchlor epidural prefilled pump reservoir 0.2 % (2 mg/ml)</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ropivacaine(pf)-0.9 % sodchlor epidural solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %	Nivel 1	KP
ropivacaine(pf)-0.9 % sodchlor epidural syringe 100 mg/50 ml (2 mg/ml) 0.2 %	Nivel 1	KP
XARACOLL IMPLANT IMPLANT 100 MG (bupivacaine HCl)	Nivel 3	KP
Interstitial Cystitis Agents - Drugs For Sedation		
CLOROTEKAL (PF) INTRATHECAL SOLUTION 10 MG/ML (1 %) (chloroprocaine HCl/PF)	Nivel 1	KP
Local Anesthetic - Nsaid Combinations - Drugs For Sedation		
ZYNRELEF SURGICAL SITE INSTILLATION SOLUTION, EXTENDED RELEASE 200 MG-6 MG /7 ML, 400 MG-12 MG /14 ML (bupivacaine/meloxicam)	Nivel 3	KP
Anthelmintic		
Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Caseinolytic Protease P (Clpp) Activators		
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG (dordaviprone HCl)	Nivel 3	PA; QL (20 EA per 28 days)
Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (mometotinib dihydrochloride)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Menin Inhibitors		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG (revumenib citrate)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Systemic Enzyme Inhibitors Combinations		
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG (avutometinib potassium/defactinib hydrochloride)	Nivel 3	PA
Antineoplastic-Isocitrate Dehydrogenase-1 And -2 (Idh1 And Idh2) Inhib		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG (vorasidenib citrate)	Nivel 3	PA
Anthelmintic - Drugs For Cancer		
Agentes De Protección Del Tracto Urinario Usados En Conjunto Con Quimioterapia - Drugs For Cancer		
mesna oral tablet 400 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Nivel 3	
Agentes De Rescate De Metotrexato - De Tipo Antagonista De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 3	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 3	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 3	PA
Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilulfanato - Drugs For Cancer		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Nivel 2	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer		
ALKERAN ORAL TABLET 2 MG (melphalan)	Nivel 3	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 3	
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 3	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Nivel 2	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Drugs For Cancer		
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	
Antineoplásico - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1	KP
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	PA
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Nivel 3	PA
XELODA ORAL TABLET 150 MG, 500 MG (capecitabine)	Nivel 2	PA
Antineoplasico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer		
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer		
HYDREA ORAL CAPSULE 500 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplásico - Antimetabolitos - Combinaciones De Análogos De Pirimidina - Drugs For Cancer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (trifluridine/tipiracil HCl)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Nivel 2	
Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplásico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Cancer		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE 100 MG/5 ML (cromolyn sodium)	Nivel 3	
Antineoplásico - Inhib De Cinasa De Receptores De Factor De Crecimiento De Fibroblasto (Fgfr) - Drugs For Cancer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (erdafitinib)	Nivel 3	PA
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) (futibatinib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidor De Quinasa Receptora De Tropomiosina (Trk) - Drugs For Cancer		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (larotrectinib sulfate)	Nivel 3	PA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Exportina-1 (Xpo1) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Nivel 3	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Nivel 3	PA
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Nivel 3	PA
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (ensartinib hydrochloride)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Nivel 3	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Nivel 3	PA
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Nivel 3	PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma-2 De Células B (Bcl-2) - Drugs For Cancer		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG (venetoclax)	Nivel 3	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Nivel 3	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer		
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG (inavolisib)	Nivel 3	PA
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (alpelisib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Nivel 3	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Nivel 3	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Nivel 3	PA
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG (repotrectinib)	Nivel 3	PA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Nivel 3	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Nivel 3	PA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Nivel 3	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 3	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Nivel 3	PA
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG (nilotinib tartrate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 3	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Nivel 3	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Nivel 3	PA
GLEEVEC ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (imatinib mesylate)	Nivel 3	PA
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG (taletrectinib adipate)	Nivel 3	PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 3	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML (imatinib mesylate)	Nivel 3	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Nivel 3	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 3	PA
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (lenvatinib mesylate)	Nivel 3	PA
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	PA
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 3	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Nivel 3	PA
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG (vimseltinib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Nivel 3	PA
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Nivel 3	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Nivel 3	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Nivel 3	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Nivel 3	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	PA
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (sunitinib malate)	Nivel 3	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Nivel 3	PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Nivel 3	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Nivel 3	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Nivel 3	PA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG (pazopanib HCl)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Nivel 3	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Nivel 3	PA
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) (tovorafenib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 3	PA
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 3	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Nivel 3	PA
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG (mirdametinib)	Nivel 3	PA
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG (mirdametinib)	Nivel 3	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate)	Nivel 3	PA
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 3	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 3	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
everolimus (Torpenz Oral Tablet 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirosina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Nivel 3	PA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Inhibidores Selectivos De Exportación Nuclear (Sine) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Nivel 3	PA; KP
Antineoplásico - Quinasa De Janus(Jak), Inhib De Tipo Fms De Tirosina Quinasa(Flt) - Drugs For Cancer		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (fedratinib dihydrochloride)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Nivel 3	KP; QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Nivel 3	KP; QL (1 EA per 30 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer		
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG (zongertinib)	Nivel 3	PA; QL (3 EA per 1 day)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Nivel 3	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG (sotorasib)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Nivel 3	PA
Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Nivel 3	PA
Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 3	PA
Antitubercular - Rifamycin And Derivatives - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 3	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 3	PA
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Nivel 3	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Nivel 3	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Nivel 3	PA
Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 3	QL (24 EA per 14 days)
Hepatitis C - Interferons - Drugs For Cancer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 3	PA
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) (ribociclib succinate)	Nivel 3	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Nivel 3	PA
Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Nivel 3	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Nivel 3	PA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Nivel 3	PA
Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Nivel 3	KP
Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (ruxolitinib phosphate)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxisilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer		
abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg	Nivel 3	PA
abiraterone acetate (Abitrega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 3	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 3	PA
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 1Era Generación - Drugs For Cancer		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 3	PA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG (gefitinib)	Nivel 3	PA
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG (erlotinib HCl)	Nivel 3	PA
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer		
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG (lazertinib mesylate)	Nivel 3	PA
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Nivel 3	PA
Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
TYKERB ORAL TABLET 250 MG (lapatinib ditosylate)	Nivel 3	PA
Medical Supplies And Dme - Masks - Drugs For Cancer		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (lenalidomide)	Nivel 3	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA
Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Nivel 3	PA
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (cabozantinib s-malate)	Nivel 3	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Nivel 3	PA
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG (sorafenib tosylate)	Nivel 3	PA
sorafenib oral tablet 200 mg	Nivel 3	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Nivel 3	PA
Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer		
bexarotene oral capsule 75 mg	Nivel 1	PA
TARGRETIN ORAL CAPSULE 75 MG (bexarotene)	Nivel 2	PA
Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Nivel 3	
Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	Nivel 2	
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER 7.7 MG (carmustine in polifeprosan 20)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Prostaglandins - Drugs For Cancer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Nivel 3	
Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer		
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Nivel 3	PA; KP
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Nivel 3	PA; KP
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 1	PA; KP
Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
ARIMIDEX ORAL TABLET 1 MG (anastrozole)	PV	
AROMASIN ORAL TABLET 25 MG (exemestane)	PV	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
FEMARA ORAL TABLET 2.5 MG (letrozole)	Nivel 3	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Vaccines - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA
abiraterone acetate (Abitrega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 3	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
CASODEX ORAL TABLET 50 MG (bicalutamide)	Nivel 3	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NILANDRON ORAL TABLET 150 MG (nilutamide)	Nivel 2	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Nivel 3	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Nivel 3	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Nivel 3	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 3	PA
Vaccines - Viral - Drugs For Cancer		
FARESTON ORAL TABLET 60 MG (toremifene citrate)	Nivel 3	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Nivel 2	
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women		
Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	PV	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	PV	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills		
<i>l norgestrel/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	PV	
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (estradiol valerate/dienogest)	PV	
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Rosyrax Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-20 Mcg/ 0.15 Mg-25 Mcg)	PV	
Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR (segesterone acetate/ethinyl estradiol)	PV	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
etonogestrel/ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	PV	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	PV	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	PV	
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR (etonogestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 3	
Anticonceptivos De Emergencia - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	PV	
Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	PV	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Meleya Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	PV	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	PV	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	PV	
norethindrone (Orquidea Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	PV	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
AVERI ORAL TABLET 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG(7) (desogestrel/ethinyl estradiol/ferrous bis-glycinate chelate)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	PV	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Feirza Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7), 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG (norethindrone acetate/ethinyl estradiol)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Galbriela Oral Tablet,Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Introvale Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Kaitlib Fe Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
LAYOLIS FE ORAL TABLET, CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	PV	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 3	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 3	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 3	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 3	
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Minzoya Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	PV	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	PV	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	PV	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
TAYTULLA ORAL CAPSULE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Valtya Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet, Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xelria Fe Oral Tablet, Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	PV	
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 3	
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 3	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
Antineoplastic - Photosensitizers - Birth Control Pills		
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xarah Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	PV	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	PV	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	PV	
Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	PV	
Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	PV	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Diagnostic Agents - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Amethia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	PV	
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	PV	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Pimtrea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic Test Reagents - Birth Control Pills		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 3	KP
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 3	KP
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML (medroxyprogesterone acetate)	PV	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	PV	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	PV	
Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills		
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM (copper)	PV	
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	PV	
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	PV	
Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease		
Metabolic Disease Enzyme Replacement, Molybdenum Cofactor Deficiency - Drugs For Metabolic Disease		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (fosdenopterin hydrobromide)	Nivel 3	PA; KP
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Hipofosfatasa - Drugs For Metabolic Disease		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML (asfotase alfa)	Nivel 3	PA; KP
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Inmunodeficiencia Severa Combinada - Drugs For Metabolic Disease		
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (elapegademase-lvlr)	Nivel 3	PA; KP
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Nivel 3	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
SYPRINE ORAL CAPSULE 250 MG (trientine HCl)	Nivel 3	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Nivel 3	
Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	PA; KP
DESFERAL INJECTION RECON SOLN 500 MG (deferoxamine mesylate)	Nivel 3	PA; KP
EXJADE ORAL TABLET, DISPERSIBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG (deferasirox)	Nivel 3	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG (deferiprone)	Nivel 3	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Nivel 3	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (deferiprone)	Nivel 3	PA
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JADENU SPRINKLE ORAL GRANULES IN PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 3	PA
Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Nivel 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 3	PA; KP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 3	PA; KP
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (naldemedine tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antídoto - Agente De Reactivación De Colinesterasa - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 3	KP
Antídoto - Agentes De Anticolinesterásico - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 105 mg</i>	Nivel 3	
Antídoto - Envenenamiento De Acetaminofén - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antídoto Otros - Drugs For Overdose Or Poisoning		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (zinc acetate)	Nivel 3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 3	
Cytoprotective Agents - Drugs For Overdose Or Poisoning		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (pralidoxime chloride/atropine sulfate)	Nivel 3	KP
Immunosuppressive - Calcineurin Inhibitors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 3	
Urinary Antispasmodic Combinations - Drugs For Overdose Or Poisoning		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 30 days)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (nalmefene HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 30 days)
REXTOVY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Nivel 3	KP; QL (2 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic - Chlorine Releasing		
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein C-ii Synthesis Inhibitors		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 3	PA; KP
Endothelin Receptor Antagonists		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Nivel 3	PA
VANRAFIA ORAL TABLET 0.75 MG (atrasentan hydrochloride)	Nivel 3	PA
Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Nivel 3	PA
Factor Xii Inhibitors		
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 ML (garadacimab-gxii)	Nivel 3	PA; KP
Pah-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Nivel 3	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Antisense Oligonucleotide (Aso)		
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (donidalorsen sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (0.8 ML per 28 days)
Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) (sotatercept-csrk)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart		
Abortifacients Or Cervical Ripening Agents - Prostaglandin Analogs - Drugs For The Heart		
digoxin (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 3	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Nivel 1	PA
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (digoxin)	Nivel 3	
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) (digoxin)	Nivel 3	PA
Agentes Antihipertensivo Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Drugs For High Blood Pressure		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML (treprostinil sodium)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 3	PA; KP
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16(112)-32(112) -48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Nivel 3	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Nivel 3	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 3	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Nivel 3	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 3	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Nivel 3	PA
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG (treprostinil sodium)	Nivel 3	PA
Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol		
<i>choline bitartrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>lecithin, soy oral capsule 1,200 mg</i>	Nivel 3	
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Nivel 3	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar-Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Nivel 3	PA
REVATIO ORAL TABLET 20 MG (sildenafil citrate)	Nivel 3	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Nivel 3	PA
Agentes De Pah - Agonistas Selectivos De Receptor De Protaciclina (Ip) - Drugs For High Blood Pressure		
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (selexipag)	Nivel 3	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Nivel 3	
<i>ethyl alcohol intra-arterial solution 99 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure		
DEMSEER ORAL CAPSULE 250 MG (metyrosine)	Nivel 3	PA
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	PA
Agonistas Central Alfa-2-Diuréticos De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.1 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 3	
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.2 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 3	
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.3 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 3	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Nivel 3	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
niacin (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	
Antagonistas De Receptor De Bradiquinina B2 - Drugs For The Heart		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/3 ML (icatibant acetate)	Nivel 3	PA; KP
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Nivel 3	PA; KP
icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Nivel 3	PA; KP
Antagonistas De Receptor Muscarínico (Anticolinérgico) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML (atropine sulfate)	Nivel 3	KP
Antianginal - Potassium-Channel Agonists - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antianginal Agents Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
EDECRIN ORAL TABLET 25 MG (ethacrynic acid)	Nivel 3	PA
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Nivel 3	PA; KP
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
LASIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (furosemide)	Nivel 3	
SOAANZ ORAL TABLET 40 MG (torsemide)	Nivel 3	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Nivel 3	PA
Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	
COLESTID ORAL GRANULES 5 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 3	
COLESTID ORAL TABLET 1 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 3	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
cholestyramine (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Questran Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 3	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder 4 Gram)	Nivel 3	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 3	
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM (colesevelam HCl)	Nivel 3	
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG (colesevelam HCl)	Nivel 3	
Antiarrítmico - Tipo Iii - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	Nivel 1	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Nivel 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
TIKOSYN ORAL CAPSULE 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG (dofetilide)	Nivel 3	
Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Nivel 3	PA
Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ARBLI ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (losartan potassium)	Nivel 3	PA
ATACAND ORAL TABLET 16 MG, 32 MG, 4 MG, 8 MG (candesartan cilexetil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG (irbesartan)	Nivel 3	
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 5 MG (olmesartan medoxomil)	Nivel 3	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
COZAAR ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (losartan potassium)	Nivel 3	
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG, 320 MG, 40 MG, 80 MG (valsartan)	Nivel 3	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (telmisartan)	Nivel 3	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valsartan tablets within the past 120 days
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET 10 MG (ezetimibe)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Nivel 3	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Rosuvastatin within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) (simvastatin)	Nivel 3	PA
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (atorvastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Livalo within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Tipo De Ácido Graso Omega-3 - Drugs For Cholesterol		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
omega-3 acid ethyl esters (Lovaza Oral Capsule 1 Gram)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein Inhibitors - Drugs For Cholesterol		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 3	PA; KP
Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acly) Inhibitor - Drugs For Cholesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 2	KP; ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	KP; ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	KP; ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 2	KP; ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	KP; ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	KP; ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihypertensive Therapy Agents - Drugs For Cholesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 90 mg</i>	Nivel 3	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
FENOGLIDE ORAL TABLET 120 MG, 40 MG (fenofibrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
FIBRICOR ORAL TABLET 105 MG, 35 MG (fenofibric acid)	Nivel 3	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIPOFEN ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (fenofibrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
LOPID ORAL TABLET 600 MG (gemfibrozil)	Nivel 3	
TRICOR ORAL TABLET 145 MG, 48 MG (fenofibrate nanocrystallized)	Nivel 3	
Beta Adrenergic Blockers - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
DYRENIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (triamterene)	Nivel 3	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Tiazida Diurético Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
TENORETIC 100 ORAL TABLET 100-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 3	
TENORETIC 50 ORAL TABLET 50-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueador Beta Selectivo No-Cardíaco-Diurético De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador De Canal De Calcio - Nsaid, Cox-2 Combinación De Inhibidor Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
CONSENSI ORAL TABLET 10-200 MG, 2.5-200 MG, 5-200 MG (amlodipine besylate/celecoxib)	Nivel 3	
Bloqueador De Receptores De Angiotensina II (Arb)-Bloqueador De Canal De Calcio-Diuretico - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-12.5 MG, 5-160-25 MG (amlodipine besylate/valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1	
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG, 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (olmesartan medoxomil/amlodipine besylate/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiacepinas - Drugs For High Blood Pressure		
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG, 30 MG, 60 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	
diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE, EXT. REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem HCl)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Tiadyt Er Oral Capsule, Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
TIAZAC ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueadores De Canal De Calcio - Dihidroporifinas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (levamlodipine maleate)	Nivel 3	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Nivel 3	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Nivel 3	PA
NORVASC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (amlodipine besylate)	Nivel 3	
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 30 MG, 60 MG, 90 MG (nifedipine)	Nivel 3	
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 17 MG, 34 MG, 8.5 MG (nisoldipine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilaquilaminas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueantes Ganglionares, No-Despolarizantes - Drugs For High Blood Pressure		
VECAMYL ORAL TABLET 2.5 MG (mecamylamine HCl)	Nivel 3	PA
Calcium And Bone Metabolism Regulators - Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (carvedilol phosphate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (carvedilol)	Nivel 3	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>labetalol oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG, 32-12.5 MG, 32-25 MG (candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG (irbesartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 40-12.5 MG, 40-25 MG (olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG, 80-12.5 MG (valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG, 50-12.5 MG (losartan potassium/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 80-12.5 MG, 80-25 MG (telmisartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Nivel 3	PA
Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG (isosorbide dinitrate/hydralazine HCl)	Nivel 3	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	
Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Nivel 3	
Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (nebivolol HCl)	Nivel 3	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 3	
LOPRESSOR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (metoprolol tartrate)	Nivel 3	PA
LOPRESSOR ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (metoprolol tartrate)	Nivel 3	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TENORMIN ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (atenolol)	Nivel 3	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 3	
Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nimodipine oral solution 60 mg/20 ml</i>	Nivel 3	PA
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 3	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 3	PA
Diuréticos - Ahorradores De Potasio-Tiazidas Y Combinaciones Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 3	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 3	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 3	
Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure		
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (tolvaptan)	Nivel 3	QL (30 EA per 365 days)
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (tolvaptan)	Nivel 3	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Nivel 3	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Nivel 3	QL (60 EA per 365 days)
Diuréticos - Tiazidas Y Relacionados - Drugs For High Blood Pressure		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (chlorothiazide)	Nivel 3	
HEMICLOR ORAL TABLET 12.5 MG (chlorthalidone)	Nivel 3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
INZIRQO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG/ML (hydrochlorothiazide)	Nivel 3	PA
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
THALITONE ORAL TABLET 15 MG (chlorthalidone)	Nivel 3	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Gonadotropins - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 2	
NORPACE ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 3	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
General Anesthetics - Drugs For Cholesterol		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Nivel 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 (120-180) MG, 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Nivel 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
<i>inositol-choline bitartrate oral capsule 250-250 mg</i>	Nivel 3	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 350-90-24-50 mg, 500-115-30-64 mg</i>	Nivel 3	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Nivel 3	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
MEGARED ADVANCED 4-IN-1 ORAL CAPSULE 339 MG-314 MG- 500 MG, 700 MG-600 MG- 900 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill oil)	Nivel 3	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 1,000-230-60 MG, 350-90-24-50 MG, 500-115-30-64 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 1,000 (120-180) mg, 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Nivel 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 100-400-1,000 mg, 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 415-670 mg</i>	Nivel 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(dr/ec) 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 450 mg (128 mg- 322 mg)-650 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGA MONOPURE DHA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 790 MG-675 MG-118 MG-1,300 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Nivel 3	
OMEGA MONOPURE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 430-130-650 MG, 860-260-1,300 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Nivel 3	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Nivel 3	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 3	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 360-600 mg</i>	Nivel 3	
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-600 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 650 MG-240 MG- 360 MG-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-780 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910 MG-330 MG- 450 MG-1,400 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGAPURE-900 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 967 MG-385 MG- 515 MG-1,290 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 3	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250-140-47.5 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/Schizochytrium algal oil)	Nivel 3	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Nivel 3	
SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D ORAL CAPSULE 1,250 MG-1,375 MG-25 MCG (omega-3/dha/epa/other omega-3s/fish oil/vitamin D3)	Nivel 3	
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Nivel 3	
Glucocorticoid-Vitamin And/Or Nutrients - Drugs For High Blood Pressure		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (riociguat)	Nivel 3	PA
Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 3	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>bosentan oral tablet for suspension 32 mg</i>	Nivel 3	PA
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (ambrisentan)	Nivel 3	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Nivel 3	PA
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	Nivel 3	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Nivel 3	PA
Inhib De Antihiperlipidémicos Hmg Coa Reductasa Y Bloqueador De Canal De Calcio - Drugs For Cholesterol		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG, 5-80 MG (amlodipine besylate/atorvastatin calcium)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhib De Antihiperlipidémicos-Hmg Coa Reductasa E Inhibidor De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ROSZET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-5 MG (ezetimibe/rosuvastatin calcium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-10 ORAL TABLET 10-10 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-20 ORAL TABLET 10-20 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-40 ORAL TABLET 10-40 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-80 ORAL TABLET 10-80 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Lhrh (Gnrh) Agonist Analog Pituitary Suppressants - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Gloves - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1	
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (amlodipine besylate/olmesartan medoxomil)	Nivel 3	
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-160 MG, 5-320 MG (amlodipine besylate/valsartan)	Nivel 3	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Nivel 3	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (aliskiren hemifumarate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 3	
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Propranolol oral solution within the past 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL LA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 160 MG, 60 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INDERAL XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 3	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Carnitine Replenisher Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
amlodipine besylate/benazepril HCl (Lotrel Oral Capsule 10-20 Mg)	Nivel 3	
LOTREL ORAL CAPSULE 10-40 MG, 5-10 MG, 5-20 MG (amlodipine besylate/benazepril HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Amlodipine and an ACE Inhibitor within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (quinapril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (benazepril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
VASERETIC ORAL TABLET 10-25 MG (enalapril maleate/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (lisinopril/hydrochlorothiazide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oxytotic Mixtures - Drugs For Angina		
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for two generic sublingual Nitroglycerin products within the past 365 days
ISORDIL ORAL TABLET 40 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 3	
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET 5 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SPRAY, NON-AEROSOL 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG (nitroglycerin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Nivel 1	
Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 3	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 3	PA
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 3	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (finerenone)	Nivel 3	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 3	PA; KP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 3	PA; KP
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart		
EKTERLY ORAL TABLET 300 MG (sebetralstat)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (quinapril HCl)	Nivel 3	
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (ramipril)	Nivel 3	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EPANED ORAL SOLUTION 1 MG/ML (enalapril maleate)	Nivel 3	PA
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (benazepril HCl)	Nivel 3	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Nivel 3	PA
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (enalapril maleate)	Nivel 3	
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG (lisinopril)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 3	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 3	
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE 10 MG (phenoxybenzamine HCl)	Nivel 3	PA
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TEZRULY ORAL SOLUTION 1 MG/ML (terazosin HCl)	Nivel 3	PA
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Agentes Únicos De Terapia De Anafilaxis - Drugs For Serious Allergic Reaction		
AUVI-Q INJECTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	KP; QL (2 EA per 365 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	KP; QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	KP; QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	KP; QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 3	KP; QL (4 EA per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 1 MG/SPRAY (0.1 ML), 2 MG/SPRAY (0.1 ML) (epinephrine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 FILL)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG (droxidopa)	Nivel 3	PA
Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Vasodilatadores De Acción Directa - Drugs For High Blood Pressure		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antiseptics And Disinfectants		
Hematopoietic Agents - Hypoxia Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inh		
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (vadadustat)	Nivel 3	PA
Hemophilia Treatment Agents - Small Interfering Rna (Sirna)		
QFITLIA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/0.5 ML (fitusiran sodium)	Nivel 3	PA; KP
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/0.2 ML (fitusiran sodium)	Nivel 3	PA; KP
Pnh - Complement Factor B Inhibitors		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 3	PA
Pnh - Complement Factor D Inhibitors		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 3	PA
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood		
Agente Mimético-Factor Viii, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood		
ALHEMO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML), 300 MG/3 ML (100 MG/ML), 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) (concizumab-mtci)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML (emicizumab-kxwh)	Nivel 3	PA; KP
HYMPAVZI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (marstacimab-hncq)	Nivel 3	PA; KP
Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Nivel 3	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Nivel 3	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge, absorbable)	Nivel 3	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge, absorbable)	Nivel 3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 CM (gelatin sponge, absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge, absorbable)	Nivel 3	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge, absorbable)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GELFOAM MUCOUS MEMBRANE POWDER (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 12-7MM TOPICAL SPONGE 12-7 MM (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 TOPICAL SPONGE 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION 0.2 TO 0.22 GRAM/ML IRON (ferric subsulfate)	Nivel 3	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Nivel 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 3	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 3	
SURGIFOAM TOPICAL SPONGE 100 , 100 CM, 12-7 MM, 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 3	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Nivel 3	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing, hemostatic)	Nivel 3	
ULTRAFOAM TOPICAL SPONGE 2 X 6.25 X 7 CM-CM-MM, 8 X 12.5 X 1 CM, 8 X 12.5 X 3 CM-CM-MM, 8 X 6.25 X 1 CM (microfibrillar collagen)	Nivel 3	
Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Nivel 3	PA; KP
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Nivel 3	PA; KP
Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Nivel 3	PA
DOPTLET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 3	PA
DOPTLET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 3	PA
DOPTLET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 3	PA
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 3	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Nivel 3	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 3	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 3	PA
Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Nivel 3	PA
Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Nivel 3	PA; KP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 3	PA; KP
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 3	PA; KP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 3	PA; KP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 3	PA; KP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Nivel 3	PA; KP
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Nivel 3	PA; KP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 3	PA; KP
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 3	PA; KP
NYPOZI INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-txid)	Nivel 3	PA; KP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Nivel 3	PA; KP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Nivel 3	PA; KP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapeggrastim-xnst)	Nivel 3	PA; KP
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 3	PA; KP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 3	PA; KP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 3	PA; KP
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Nivel 3	PA; KP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Nivel 3	PA; KP
Anticonvulsant Others - Drugs For The Blood		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 3	PA; KP
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 3	PA; KP
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Nivel 3	PA; KP
MIRCERA INJECTION SYRINGE 100 MCG/0.3 ML, 120 MCG/0.3 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.3 ML, 30 MCG/0.3 ML, 50 MCG/0.3 ML, 75 MCG/0.3 ML (methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)	Nivel 3	PA; KP
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Nivel 3	PA; KP
Antiparkinson Combination Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	KP
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Nivel 3	PA; KP
Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1	KP
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 3	KP
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	KP; QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	KP; QL (7.6 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	KP; QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	KP; QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	KP; QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 3	KP; QL (43.2 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (dalteparin sodium, porcine)	Nivel 3	KP; QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium, porcine)	Nivel 3	KP; QL (18 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/3 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 3	KP; QL (30 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 120 MG/0.8 ML, 150 MG/ML, 30 MG/0.3 ML, 40 MG/0.4 ML, 60 MG/0.6 ML, 80 MG/0.8 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 3	KP
Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Nivel 3	KP
Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood		
YOSPRALA ORAL TABLET, IR, DELAYED REL, BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Nivel 3	PA
Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding		
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(2ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(5 ML X 2) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 3	
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT TOPICAL SYRINGE 500 UNIT-80 MG /ML (10 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (2 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (4 ML) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Complejo De Coagulación Anti-Inhibidor - Drugs To Prevent Bleeding		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (anti-inhibitor coagulant complex)	Nivel 3	KP
Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Nivel 1	KP
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Nivel 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding		
AMICAR ORAL SOLUTION 250 MG/ML (25 %) (aminocaproic acid)	Nivel 3	
AMICAR ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (aminocaproic acid)	Nivel 3	
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Nivel 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 3	PA
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Agentes De Tienopiridina - Drugs For The Blood		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
EFFIENT ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (prasugrel HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET 75 MG (clopidogrel bisulfate)	Nivel 3	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazolo.Pirimidinas (Cptps) - Drugs For The Blood		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Inhibidores De Fosfodiesterasa Iii - Drugs For The Blood		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Salicilatos - Drugs For The Blood		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 3	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Agregación De Plaquetas- Inhibidores De Pdesterasa Y Adenosin Deaminasa - Drugs For The Blood		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.8 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	KP; QL (24 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 2.5 MG/0.5 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	KP; QL (15 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 5 MG/0.4 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	KP; QL (12 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG/0.6 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 3	KP; QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
Inhibidores De Factor Xa Directo - Drugs To Prevent Blood Clots		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Musculoskeletal Therapy Agent - Viscosupplements - Drugs To Prevent Bleeding		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant,full length)	Nivel 3	KP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT, 750 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length, peg)	Nivel 3	KP
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII recomb,single-chn,B-dom truncated)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALPHANATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML, 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML, 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML, 250 (100 VWF) UNIT/5 ML, 500 (200 VWF) UNIT/5 ML (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Nivel 3	KP
ALTUVIII INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor rFVIII Fc-VWF-XTEN,BDD-ehtl)	Nivel 3	KP
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, Fc fusion protein)	Nivel 3	KP
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Nivel 3	KP
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	KP
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	KP
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	KP
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	KP
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-aucl)	Nivel 3	KP
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	KP
KOGENATE FS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Nivel 3	KP
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Nivel 3	KP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII recombinant, B-domain truncated)	Nivel 3	KP
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (antihemophilic factor VIII rec HEK cell, B-domain deleted)	Nivel 3	KP
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Nivel 3	KP
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Nivel 3	KP
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb,B-domain deleted)	Nivel 3	KP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb,B-domain deleted)	Nivel 3	KP
Neuromuscular Therapy Agents - Als Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
ACD SOLUTION A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 800 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 3	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Nivel 3	
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 3	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	
Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 3	PA; KP
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 3	PA
Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 3	PA; KP
Preparaciones De Factor Ix - Drugs To Prevent Bleeding		
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX)	Nivel 3	KP
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX recombinant, Fc fusion protein)	Nivel 3	KP
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 3	KP
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Nivel 3	KP
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Nivel 3	KP
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin complex conc no.4, 3-factor)	Nivel 3	KP
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 3	KP
Preparaciones De Factor Vii - Drugs To Prevent Bleeding		
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG), 8 MG (8,000 MCG) (coagulation factor VIIa (recombinant))	Nivel 3	KP
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Nivel 3	KP
Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding		
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Nivel 3	KP
Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Nivel 3	KP
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Nivel 3	KP
Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Nivel 3	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Nivel 3	PA
Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 3	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 3	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Hydroxyurea and Droxia within the past 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML (hydroxyurea)	Nivel 3	PA
Tx De Trastorno De Célula Sanguínea Y Plaquetas-Inhibidores De Tirosina Quinasa Esplénica - Drugs For The Blood		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (fostamatinib disodium)	Nivel 3	PA
WAYRILZ ORAL TABLET 400 MG (rilzabrutinib)	Nivel 3	PA
Vitamins - B-1, Thiamine And Derivatives - Drugs For The Blood		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitamins - Drugs For The Blood		
AGRYLIN ORAL CAPSULE 0.5 MG (anagrelide HCl)	Nivel 3	
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
Vitamins - Water Soluble - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1	
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales		
Electrolyte Depleters - Sodium-Hydrogen Exchanger 3 (Nhe3) Inhibitors		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (tenapanor HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velporo and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition		
Agents For Opioid Withdrawal, Opioid-Type - Drugs For Nutrition		
B ACTIV ORAL CAPSULE 680 MCG DFE (vitamin B complex/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 3	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 3	
B-100 COMPLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG (vitamin B complex 100 combination no.2)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
B-50 COMPLEX WITH INOSITOL ORAL CAPSULE 400 MCG-25 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 3	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Nivel 3	
BIOPETIT ORAL LIQUID 790 MG/15 ML (vitamin B complex/lysine)	Nivel 3	
COMPLETE LIVER CLEANSE ORAL CAPSULE 16.7 MG-66.7 MCG-110 MG (vitamin B complex/vit C/folic acid/amino acid/herbal no.351)	Nivel 3	
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Nivel 3	
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS ORAL TABLET 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG (B comp/C/folic acid/zinc sulfate/cupric sulfate/vitamin E ac)	Nivel 3	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 3	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 3	
PUREVITA SUPER B-COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 3	
STRESS B WITH ZINC ORAL TABLET (multivitamin, stress formula/zinc)	Nivel 3	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 3	
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bit/inositol/alfalfa/herbs)	Nivel 3	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Nivel 3	
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES ORAL TABLET 0.4 MG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 3	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Nivel 3	
Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 25 mcg/drop (1000 unit/drop)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral syringe 10 mcg/ml (400 unit/ml)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 25 mcg (1,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 3	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Nivel 3	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL DROPS 10 MCG/2 ML (400 UNIT/2 ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL TABLET 25 MCG (1,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 3	
ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	Nivel 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
CITRULLINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (citrulline)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 3	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 3	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Nivel 3	
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
<i>l-cystine oral packet 0.5-15 g-kcal/4 g</i>	Nivel 3	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Nivel 3	
<i>phenylalanine oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
VALINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
VALINE AMINO ACID SUPPLEMENT ORAL PACKET 50 MG/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
Analgesic Opioid Agonists - Drugs For Nutrition		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (prenatal vit no.100/iron ps cplex,sod EDTA/folic acid/omega3)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/iron ps,sod.feredetate/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl, gluc/folic acid/docusate)	Nivel 3	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.72/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.73/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vits no.76/iron carbon, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vitamin no.59/iron carb, fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 3	
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 3	
COMPLETENATE ORAL TABLET, CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
KPN ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.98/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Nivel 3	
MINI PRENATAL ORAL TABLET 6.75 MG IRON- 200 MCG (prenatal vitamins no.49/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Nivel 1	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Nivel 3	
NEO-VITAL RX ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamins no.86/iron ps complex/folic acid/dha/epa)	Nivel 3	
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Nivel 3	
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamins no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Nivel 3	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Nivel 3	
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Nivel 3	
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal 56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Nivel 3	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OB COMPLETE WITH DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG (prenatal vit no.30/iron carbonyl,asp glyc/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 1	
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR, CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha)	Nivel 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Nivel 3	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
OBTREX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 3	
ONE DAILY PRENATAL ORAL COMBO PACK 28-800-440 MG-MCG-MG (prenatal vit with calcium 75/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	PV	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-235 MG (prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Nivel 3	
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vits with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Nivel 3	
PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg HCl, suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly HCl, suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PR NATAL 430 ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG - 430 MG (prenatal vit with calcium 54/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
PREGEN DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (prenatal vit no.174/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Nivel 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PRENATA ORAL TABLET, CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-975 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.91/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vit with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Nivel 1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON-272 MCG DFE (prenatal vits no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Nivel 3	
PRENATAL FORMULA ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.93/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL FORMULA-DHA ORAL CAPSULE 28 MG-800 MCG- 200 MG (prenatal vitamins no.116/iron fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL MULTI ORAL TABLET 27-800 MG-MCG (prenatal vit with calcium no.122/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL MULTI-DHA (ALGAL OIL) ORAL CAPSULE 27MG IRON- 800 MCG-250 MG (prenatal vitamins no.40/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-260 MG (prenatal vits no.151/iron fum/folic acid/omega3/dha/epa/fish)	PV	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vit with calcium no.129/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ORAL TABLET 28-800 MG-MCG (prenatal vits with calcium 133/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -312 MG-250 MG (PNV no.72/ferrous fumarate/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 3	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL TABLET ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
<i>prenatal vit no.179-iron-folic oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	PV	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (prenatal vit with calcium no.130/ferrous fumarate/folic acid)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium no.124/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
<i> prenatal vit-iron fum-folic ac oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	PV	
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID ORAL TABLET,CHEWABLE 400-32.5 MCG-MG (prenatal vitamins no.103/folic acid/omega-3s/dha/fish oil)	PV	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycinate/folate no.6/dha)	Nivel 3	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/ferrous fumarate,iron polysac/folic acid)	Nivel 3	
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Nivel 3	
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.13/iron polysaccharides/folate no.1)	Nivel 3	
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
SE-NATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
SIMILAC PRENATAL ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.102/ferrous fum/folic acid/dha/lut)	PV	
STUART ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 800 MCG- 200 MG (prenatal vitamins no.63/iron,carbonyl/folic acid/dha)	PV	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THERANATAL COMPLETE ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.32/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
THERANATAL ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG (prenatal vitamins no.100/iron fumarate/folic acid/dha/epa)	PV	
THERANATAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.28/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
THERANATAL PLUS ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-300 MG (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 27 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Nivel 3	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha)	Nivel 3	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.67/iron polysaccharides/folate no.1/dha)	Nivel 3	
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Nivel 3	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Nivel 3	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vitamins no.25/ferrous fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha)	Nivel 1	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 3	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 3	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 3	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 28 MG-975 MCG- 200 MG (prenatal vit with calcium no.61/iron fumarate/folic acid/dha)	PV	
Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium carb, citrate, malate oral capsule 250 mg calcium</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Nivel 3	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Nivel 3	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Nivel 3	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Nivel 3	
Analgesic Opioid Hydrocodone Combinations - Drugs For Nutrition		
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE) ORAL CAPSULE 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/ascorbate cal/vit K2/minerals)	Nivel 3	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Nivel 3	
<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg</i>	Nivel 3	
<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600-200-40-7.5 mg-unit-mg-mg</i>	Nivel 3	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox oral tablet 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet,chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Nivel 3	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet,chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 3	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 3	
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH ORAL TABLET 600 MG-25 MCG- 50 MG (calcium carb/vit D3/mag oxide/copper/manganese/zinc/collag)	Nivel 3	
KIDS BONES-MUSCLES ORAL TABLET,CHEWABLE 162 MG CALCIUM- 10 MCG-21 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/mag citrate/vit K1)	Nivel 3	
LIQUICAL PLUS ORAL LIQUID 84 MG-24 MG- 10 MCG/5 ML (calcium citrate/magnesium citrate/vitamin D3/zinc citrate)	Nivel 3	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Nivel 3	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Nivel 3	
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Nivel 3	
OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM ORAL TABLET 200 MG-5 MCG-75 MG-200 MCG DFE (calcium no.39/vit D3/magnesium/folate/vit K1/vit K2/minerals)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA BONEUP ORAL TABLET 200 MG-8.3 MCG- 83.3 MG-8.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/collagen/vit C/vit K2/mineral)	Nivel 3	
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Nivel 3	
Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Nivel 3	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg, 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Nivel 3	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb, citrate, oxide)	Nivel 3	
<i>magnesium gluconate oral tablet 12.5 mg magnesium (250 mg), 30 mg (550 mg)</i>	Nivel 3	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Nivel 3	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Nivel 3	
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 3	
PUREVITA MAGNESIUM OXIDE ORAL TABLET 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) (magnesium oxide)	Nivel 3	
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET,CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Nivel 3	
Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 3	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Nivel 3	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML (pediatric multivitamin no.192)	Nivel 3	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Nivel 3	
LITTLE ANIMALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.28)	Nivel 3	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Nivel 3	
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Nivel 3	
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Nivel 3	
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3 oral drops 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml</i>	Nivel 3	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid/Sedative Combinations - Drugs For Nutrition		
DAVIMET WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.247/sodium fluoride)	Nivel 3	
FLORAFOL FE PEDIATRIC ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.257/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 3	
FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.257 with sodium fluoride)	Nivel 3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.251 with sodium fluoride)	Nivel 3	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML (pediatric multivitamin no.2/sodium fluoride)	Nivel 3	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.228 with sodium fluoride)	Nivel 3	
MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.219 with sodium fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.175 with fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 3	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON (pediatric multivitamin no.175 with fluoride and iron)	Nivel 3	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML (pediatric multivitamin no.82 with sodium fluoride)	Nivel 3	
TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML FLUORIDE (pediatric multivitamin no.265 with sodium fluoride)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Nivel 3	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Nivel 3	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray,non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet,chewable 1,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/ML)	Nivel 1	KP
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Nivel 1	KP
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) sublingual tablet, disintegrating 1,000 mcg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B12 ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (mecobalamin)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition		
COBALEFOL ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 3	
DEPLIN FC ORAL CAPSULE 15 MG (levomefolate calcium)	Nivel 3	
FOLETRA ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 3	
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 3	
<i>folic acid oral tablet 800 mcg</i>	PV	
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylnetetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Nivel 3	
MI-VITE RX ORAL TABLET 1-1.5-1.7-20-5 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/B5/B6/biotin/B12/vit C)	Nivel 3	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL DROPS 200 MCG/ML (folic acid)	Nivel 3	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL TABLET 400 MCG (folic acid)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Nivel 3	
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Nivel 3	
FERRETT'S IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>ferric glycinate oral liquid 18 mg iron/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet extended release 142 mg (45 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 3	
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Nivel 3	
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 3	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron, 29 mg iron</i>	Nivel 3	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron,carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 3	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Nivel 3	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Nivel 3	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 3	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 3	
Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 3	
CITRANATAL BLOOM ORAL TABLET 90-1-12-50 MG-MG-MCG-MG (iron carbonyl,gluc/folic acid/vit B12/vit C/docusate sodium)	Nivel 3	
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,667 MCGDFE, 75 MG IRON-175 MG-12 MCG-1 MG (iron asp gly/ascorbic acid/vit B12/folate no.1/zinc/succinic)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FERIVA FA (WITH SUMALATE) ORAL CAPSULE 110 MG-175 MG- 1 MG-12 MCG (iron bisgly,aspart,fumarate/vit C/folate/B12/biotin/cupric)	Nivel 3	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Nivel 3	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 3	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Nivel 3	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG, 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 3	
HEMAX ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 3	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vit B comp and C no.9)	Nivel 3	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Nivel 3	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 65 mg iron- 125 mg</i>	Nivel 3	
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb,glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Nivel 3	
NIFEREX (FERROUS ASPARTO GLYC) ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,700 MCGDFE (iron asparto gly/vit C/vit B12/folate no.6/zinc/succinic)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVAFERRUM YAY IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON- 30 MG (iron polysaccharide complex/ascorbic acid)	Nivel 3	
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Nivel 3	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 3	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph,plant/inulin)	Nivel 3	
VITRON-C ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron,carbonyl/ascorbic acid)	Nivel 3	
Anticonvulsants - Drugs For Nutrition		
saccharin powder	Nivel 3	
Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN E ORAL DROPS 180 MG/2 ML (vitamin E)	Nivel 3	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)	Nivel 3	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)	Nivel 3	
vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml	Nivel 3	
vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml	Nivel 3	
Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition		
niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)	Nivel 3	
niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>niacin oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacinamide oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B3 ORAL DROPS 35 MG/2 ML (niacinamide)	Nivel 3	
Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B2 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (riboflavin (vitamin B2))	Nivel 3	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcium pantothenate oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B5 ORAL DROPS 20 MG/2 ML (calcium pantothenate)	Nivel 3	
Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B6 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 3	
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN B1 ORAL DROPS 50 MG/2 ML (thiamine HCl)	Nivel 3	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	
Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 3	KP
<i>ascorbate sodium (vitamin c) oral liquid 1,000 mg/15 ml</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Nivel 3	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Nivel 3	
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN C ORAL DROPS 100 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN C ORAL TABLET,CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
VITAJEY DAILY C ORAL TABLET,CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL CAPSULE 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 3	
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Nivel 3	
Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition		
ALTRIXA OB ORAL TABLET 15 MG IRON- 1,750 MCG DFE (prenatal vitamins no.181/ferrous fumarate/folate)	Nivel 3	
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 3	
MATERVIA ORAL CAPSULE 6.5 MG IRON- 500 MCG (prenatal vitamins no.178/iron bisglycinate/folic acid)	Nivel 3	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate no.6)	Nivel 3	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Nivel 3	
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.153/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	PV	
PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG (prenatal vitamins no.144/folic acid)	PV	
PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18 MG IRON-1 MG -300 MG (prenatal vitamins no.78/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous aspart glycinate/folate no.1)	Nivel 3	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate no.6)	Nivel 3	
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron asp.glycinate,carb/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycinate/folic acid)	Nivel 3	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Nivel 3	
THERANATAL OVAVITE ORAL COMBO PACK 18-1-125 MG-MG-UNIT (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/coQ10)	PV	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vits no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 3	
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 3	
Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition		
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 3	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 3	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Nivel 3	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition		
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 3	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 3	
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG, 250-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Nivel 3	
EMERGEN-C ENERGY PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-50 MG (ascorbic acid/vitamin B complex/minerals/cafeine)	Nivel 3	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMERGEN-C ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/multivitamin with minerals)	Nivel 3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-100-150 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 3	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3-33.3-16.6 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 3	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Nivel 3	
VITAMIN C FIZZY DRINK ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 3	
Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition		
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	Nivel 1	KP
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	Nivel 1	KP
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	Nivel 1	KP
Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition		
biotin oral capsule 5 mg	Nivel 3	
biotin oral tablet 1 mg, 10 mg, 5 mg	Nivel 3	
biotin oral tablet,chewable 2,500 mcg	Nivel 3	
biotin oral tablet,chewable 5,000 mcg	Nivel 3	
biotin oral tablet,disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg	Nivel 3	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAJEY BIOTIN ORAL TABLET,CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Nivel 3	
Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Nivel 3	
<i>beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)</i>	Nivel 3	
PUREVITA VITAMIN A ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (vitamin A palmitate)	Nivel 3	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 3	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 3	
Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Nivel 3	
Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Nivel 3	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Nivel 3	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Nivel 3	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (vit B complex and C/choline/inositol/bioflavonoid,lemon)	Nivel 3	
Combinaciones De Vitamina D Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CHOLECAL DF ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 3	
Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %	Nivel 1	KP
sodium chloride 0.9 % injection solution	Nivel 1	KP
sodium chloride injection syringe 0.9 %	Nivel 1	KP
Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Nivel 3	KP
Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	Nivel 3	
<i>zinc amino acid chelate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc glycinate oral capsule 20 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc glycinate oral tablet,chewable 7.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)</i>	Nivel 3	
<i>zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)</i>	Nivel 3	
Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition		
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Nivel 3	
<i>zinc gluc, oxide-ascorbic acid oral tablet,disintegrating 15-60 mg</i>	Nivel 3	
General Anesthetic - Inhalant - Drugs For Nutrition		
<i>inositol oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 3	
Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
AQUASTAT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	KP
AQUASTAT SFR 0.9% SODIUM CHLOR INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	KP
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 1	KP
MONOJECT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	KP
MONOJECT PREFILL ADVANCED NS INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 3	KP
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 1	KP
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	KP
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Nivel 1	KP
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	KP
Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 3	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Nivel 3	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Nivel 3	
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 3	
JUVEN (WITH COLLAGEN) ORAL POWDER IN PACKET 7-7-1.5 GRAM (arginine/glutamine/calcium HMB/collagen/multivitamin-mineral)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Nivel 3	
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Nivel 3	
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 3	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 3	
Migraine Therapy - Analgesic-Vasoconstrictors - Drugs For Nutrition		
ELLIOTTS B (PF) INTRATHECAL SOLUTION 73-19-8-3 MG/10 ML (chemo therapy diluent,e-lytes and dextrose, buffered no.1/PF)	Nivel 3	KP
Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 3	
BIOLYTE ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 3	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Nivel 3	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 3	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Nivel 3	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Nivel 3	
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 3	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Nivel 3	
HYDRATING ELECTROLYTE ORAL PACKET (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
HYDRATING ELECTROLYTE SF ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes,oral/multivitamin/amino acids)	Nivel 3	
HYDRATION MULTIPLI SUGAR FREE ORAL PACKET (electrolytes)	Nivel 3	
HYDRATION MULTIPLIER IMMUNE ORAL POWDER IN PACKET 504 MG (electrolytes,oral/dextrose/vitamin B complex/ascorbic acid)	Nivel 3	
KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY ORAL POWDER IN PACKET 270 MG-25 MCG- 140 MG-50 MG (electrolytes/dextr/vit C/vit D3/turmeric rt xt/elderberry fr)	Nivel 3	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
PEDIALYTE ELECTROLYTE ORAL POWDER IN PACKET 11.25-5-8.75 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 3	
PEDIALYTE ELECTROLYTE WATER ORAL SOLUTION (electrolytes)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 3	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet, chewable 66.6-25 mg</i>	Nivel 3	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Sustitutos De Calcio/Vitamina D - Drugs For Nutrition		
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3 ORAL TABLET, CHEWABLE 260 MG CALCIUM- 25 MCG-50 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/herbal complex no.293)	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral capsule 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 1,000 mg-20 mcg (800 unit)</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit)</i>	Nivel 3	
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet, chewable 250 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 3	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET, CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
CALTRATE GUMMY BITES ORAL TABLET, CHEWABLE 250 MG-10 MCG (400 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET, CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 3	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)	Nivel 3	
KLOR-CON 8 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ (potassium chloride)	Nivel 3	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 10 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 15 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 20 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con Oral Packet 20 Meq)	Nivel 3	
KLOR-CON/EF ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 3	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Nivel 3	
<i>potassium aa (bisglycinate) oral capsule 99 mg</i>	Nivel 3	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Nivel 3	
Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition		
BORON COMPLEX ORAL CAPSULE 3 MG (boron aspartate)	Nivel 3	
<i>chromium nicotinate oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>chromium picolinate oral tablet 1,000 mcg</i>	Nivel 3	
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>copper gluconate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 3	
<i>selenium oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>selenium oral tablet 200 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 3	
<i>selenomethionine oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 3	
Multivitamínicos - Drugs For Nutrition		
ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET, CHEWABLE 2,400 MCG-18.75 MCG-67MG-400MCG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 3	
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAILY MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 3	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 3	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinate/folate no.8/phosph-dha)	Nivel 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 3	
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
MICRONEX ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 3	
MINI MULTIVITAMINS-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron b-g che,carbonyl/methyltetrahydrofolate/dha)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 3	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Nivel 3	
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Nivel 3	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Nivel 3	
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Nivel 3	
PRENATE ESSENTIAL(IRON-ASP-GL) ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG-300 MG (multivitamin no.40/iron asparto glycinate/folate no.1/dha)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREV-RX ORAL TABLET 1,000-25-20 MCG (folic acid/vit B12/D3/vit E succ/calcium/phosphatidylcholine)	Nivel 3	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 3	
TRIVIA COMPLETE ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 3	
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 3	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 3	
Nsaid Analgesics And Nsaid Combinations - Drugs For Nutrition		
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT ORAL POWDER IN PACKET 280-160-250 MG (sodium phosphate/potassium phosphates, monobasic and dibasic)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>potassium, sodium phosphates oral powder in packet 280-160-250 mg</i>	Nivel 3	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 3	
Opioid Reversal Agents - Opioid Antagonists - Drugs For Nutrition		
ELDERTONIC ORAL LIQUID 3.6 MG-0.75 MG /15 ML (vitamin B complex/zinc sulfate/manganese sulfate)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Isovalérica - Drugs For Nutrition		
I-VALEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for isovaleric acidemia with iron)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition		
MMA-PA GEL ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 3	
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Fenilcetonuria (Pku) - Drugs For Nutrition		
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 ORAL POWDER 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for PKU no.64)	Nivel 3	
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 3	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition		
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 3	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 3	
MSUD GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition		
HCU GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 3	
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 3	
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 3	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 3	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Nivel 3	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Tirosinemia - Drugs For Nutrition		
TYREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for tyrosinemia with iron)	Nivel 3	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Nivel 3	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Nivel 3	
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Nivel 3	
Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance, lactose-free, soy/fiber)	Nivel 3	
ELECARE JR ORAL POWDER 14.4 GRAM-493 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 3	
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Nivel 3	
FRUITIVITS ORAL POWDER IN PACKET (nut.tx. metabolic disorder,reg/multivit with iron, minerals)	Nivel 3	
GLUCERNA 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.08-1.5 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Nivel 3	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Nivel 3	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Nivel 3	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 3	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 3	
MCT PRO-CAL ORAL PACKET (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS ORAL POWDER 14.8 GRAM-472 KCAL/100 GRAM (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 3	
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER IN PACKET 26 GRAM-210 KCAL, 26 GRAM-230 KCAL (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
PEPTAMEN JUNIOR PHGG ORAL LIQUID 0.036 GRAM-1.2 KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Nivel 3	
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Nivel 3	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 3	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 3	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 3	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 3	
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.07 GRAM- 1.5 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 3	
VIVONEX PEDIATRIC ORAL POWDER 12 GRAM-412 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 3	
Reductores De Electrolitos - Resina De Intercambio De Iones - Drugs For Nutrition		
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	Nivel 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 ML)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Nivel 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Nivel 3	PA
Salicylate Analgesics - Drugs For Nutrition		
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 400 MCG-50 MCG (multivit-calc-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/lutein)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Nivel 3	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Nivel 3	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.354)	Nivel 3	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL ORAL CAPSULE 13.5 MG IRON- 200 MCG-100 MG (mv-mins no.108/iron fumarate/folic acid/dha/Schiz algal oil)	Nivel 3	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivit-min/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 3	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Nivel 3	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 3	
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MAX6 POTENCY COMPLETE ORAL CAPSULE 3 MG IRON- 66.67 MCG DFE (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb no.335)	Nivel 3	
ALIVE MEN 50 PLUS ULTRA-LUTEIN ORAL TABLET 240-120 MCG (multivit with minerals/folic acid/vitamin K1/herbal no.328)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -50 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Nivel 3	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Nivel 3	
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin-minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit-minerals/folic acid/vitamin K1/lutein/herbs)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -37.5 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG (multivit,calcium,minerals/iron/folic acid/vit K/herb no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 4.5 MG IRON- 120 MCG-60 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.352)	Nivel 3	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Nivel 3	
ALPHA BETIC ORAL TABLET 240 MCG- 100 MG (multivitamin with minerals/folic acid/alpha lipoic acid)	Nivel 3	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 3	
BARIATRIC MULTIVITAMINS ORAL CAPSULE 45 MG IRON-800 MCG DFE-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/methyltetrahydrofolate/vit K1)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 3	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Nivel 3	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG-30 MCG- 30 MG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/genistein)	Nivel 3	
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/cafeine)	Nivel 3	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY ORAL TABLET,CHEWABLE 80-1,250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3 ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-12.5 MCG -23.5 MG (multivitamin with min/folic acid/D3/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
CENTRUM MULTIGUMMIES MEN ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG, 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM MULTIGUMMIES WOMEN ORAL TABLET,CHEWABLE 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 3	
CENTRUM POSTNATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 115 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivit-min no.114/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
CENTRUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.115/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS ORAL TABLET 9 MG IRON- 200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
CENTURY ADULT FORMULA ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Nivel 3	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Nivel 3	
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
DAVIMET WITH IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 11 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.62/iron chelate/levomefolate)	Nivel 3	
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Nivel 3	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin-minerals no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Nivel 3	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 3	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 3	
FINAZOL ORAL TABLET 18 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin with min no.109/ferrous fumarate/levomefolate)	Nivel 3	
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
FOLAMED DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
FOLAPRIME ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Nivel 3	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 3	
HAIR, SKIN AND NAILS (HERBS) ORAL CAPSULE 120-1,250-60 MCG (multivit-min/folic acid/biotin/vit K1/collagen/herbal no.353)	Nivel 3	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 3	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL TABLET 100-1,500 MCG, 66.7-1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 3	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Nivel 3	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 3	
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin-minerals no.103/levomefolate calcium/inulin)	Nivel 3	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 3	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
MEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 200-60-600 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Nivel 3	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Nivel 3	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet 0.4 mg</i>	Nivel 3	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet,chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 3	
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Nivel 3	
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 3	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Nivel 3	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 9 mg iron/15 ml</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT ORAL CAPSULE 6,000 MCG-400MG -37.5 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 3	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT ORAL CAPSULE 3,000 MCG-200MG -18.75 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 3	
NANOVIM ADULT ORAL POWDER 1 MG-50 MCG DFE - 15.5 MCG (multivit-min/sodium ferredetate/levomefolate/vit K1/vit K2)	Nivel 3	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Nivel 3	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Nivel 3	
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 3	
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Nivel 3	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS W-D3 ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Nivel 3	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K) ORAL TABLET 400 MCG-500 MG CALCIUM-20 MCG (multivit with minerals/folic acid/calcium carbonate/vit K1)	Nivel 3	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 3	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Nivel 3	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 3	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Nivel 3	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.110/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Nivel 3	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 3	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 3	
SPECTRAVITE MEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 3	
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 3	
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 3	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI ORAL TABLET 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30 MCG (multivit-min/iron gly/levomefolate calc/K2/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 3	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 3	
THERA-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 3	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 3	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 3	
VITAFUSION PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5 MG (25 MG-7.5 MG) (mv-min no.110/folic acid/om-3/dha/other omega-3s/fish oil)	Nivel 3	
VITAJoy ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 3	
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 3	
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Nivel 3	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 3	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Nivel 3	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 3	
Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Nivel 3	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	KP
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Nivel 1	KP
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Nivel 1	KP
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Nivel 3	
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 3	
Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 3	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 1	
Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition		
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
FOLCYTEINE ORAL TABLET 1 MG-47 MG- 20 MCG-16 MG (folic acid/calcium citrate/vitamin D3/mag citrate/a-cysteine)	Nivel 3	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet, disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Nivel 3	
PAXLYTE ORAL CAPSULE 50 MCG-1 MG- 4.25 MG DFE (cobamamide/folic acid/leucovorin/levomefolate/mv-mins no.111)	Nivel 3	
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet, disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 3	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 3	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 3	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Nivel 3	
<i>vitamin d3-vitamin k2 oral capsule 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg</i>	Nivel 3	
Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition		
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Nivel 3	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 3	
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12 oral tablet 400 mcg-50 mg- 100 mcg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLICORE B COMPLEX ORAL TABLET 1,000 MCG-10 MG -400 MCG (folic acid/pyridoxine HCl (B6)/cyanocobalamin)	Nivel 3	
FOLVITA COMPLEX ORAL TABLET 1 MG-10 MG- 400 MCG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
KIDS BRAIN BUILDER ORAL TABLET,CHEWABLE 27.5 MG-0.2 MG- 0.25 MCG (choline bitartrate/pyridoxine HCl (vitamin B6)/vit B12)	Nivel 3	
METANX FC ORAL CAPSULE 2-3-35 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/pyridoxal phosphate)	Nivel 3	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Nivel 3	
MINCORA ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 3	
RELCARE ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 3	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 3	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Nivel 3	
Vitaminas Complejo B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 1	KP
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Nivel 3	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Nivel 3	
<i>vitamin b complex oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 3	
Vitaminas Pediátricas Y Combinaciones De Minerales - Drugs For Nutrition		
ALIVE KIDS CHEWABLE ORAL TABLET, CHEWABLE 75-15 MG (pediatric multivit no.235/herbal no.293/bioflavonoids, cit)	Nivel 3	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN ORAL TABLET, CHEWABLE 50 MG (pediatric multivitamin no.252/herbal complex no.293)	Nivel 3	
CENTRUM KIDS MULTIGUMMY ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.258)	Nivel 3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Nivel 3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET, CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 3	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Nivel 3	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.262)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.261)	Nivel 3	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfate)	Nivel 3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfate)	Nivel 3	
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON (pediatric multivitamin no.226/ferrous sulfate)	Nivel 3	
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Nivel 3	
GUMMY DINOS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Nivel 3	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Nivel 3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Nivel 3	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Nivel 3	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Nivel 3	
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Nivel 3	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC ORAL DROPS 2,000 MCG-150 MG-19 MCG/3 ML (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 3	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Nivel 3	
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Nivel 3	
Biológicos		
Vaccine Viral - Respiratory Syncytial Virus (Rsv)		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF A and B/PF)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF protein, mRNA/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Biológicos - Biological Agents		
Anticuerpos Antivirales Monoclonales - Virus Respiratorio Sinsitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (nirsevimab-alip)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Retinoids - Vaccines		
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 3	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc,live,attenuated)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Nivel 3	KP
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Gramnegativos (Non-Entéricos) - Vaccines		
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Nivel 3	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines		
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 3	
Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines		
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 21-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Bacteriano De Vacunas - Cocos Gramnegativos - Vaccines		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y and W-135,conj tetanus toxoid/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (meningococ A,C,Y,W-135,TT comp/N. mening B,fHBP rec comp/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Combinaciones De Vacunas De Hepatitis A Y Hepatitis B - Vaccines		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (hepatitis A virus and hepatitis B virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronysinus,standard)	Nivel 2	PA
Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Nivel 2	PA
Glucocorticoids - Biological Agents		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Nivel 2	PA
Hepatitis Agents - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Herpes Antiviral Agent - Thymidine Analogs - Vaccines		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)- 5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Nivel 3	PA; KP
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %), 8 GRAM/40 ML (20 %) (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA; KP
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA; KP
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Nivel 3	PA; KP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA; KP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA; KP
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG) human/hyaluronidase, human recomb)	Nivel 3	PA; KP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)-klhw human)	Nivel 3	PA; KP
Medical Supplies And Dme - Heating And Cooling Aids - Vaccines		
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (varicella-zoster virus glycoprotein E,rec/AS01B adjuvant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Medical Supplies And Dme - Heating Pads - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Medical Supplies And Dme - Hot Packs - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1) - Vaccines		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 3	
Peanut Desensitization Agents - Biological Agents		
PALFORZIA (LEVEL 0) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 1 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA INITIAL (1-3 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA INITIAL (4-17 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	Nivel 3	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Químicos, Irritante/Alergénico - Biological Agents		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED (chemical allergens)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines		
COMIRNATY 2025-2026(5-11Y)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vacc 2025-2026 (5-11 years) (Pfizer)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
COMIRNATY 2025-26 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up) (Pfizer)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MNEXSPIKE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.2 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MODERNA COVID 24-25(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2024-2025 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NUVAXOVID 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPIKEVAX 2025-2026(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-26 (6M-11Y) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2025-2026 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines		
AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trival split 2025-26 (36 mos up)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AFLURIA 2025-2026 (6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUAD 2025-2026 (65 YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza vaccine tvs 2025-26 (65 yr up)/adjuvant MF59C.1/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUARIX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUBLOK 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tv 2025-26(9 yrs and older)rcmb/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine tri 2025-2026(6 month and older)cell derived/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine triv 2025-2026(6 month and older)cell derived)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLULAVAL 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUZONE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE HIGH-DOSE 2025-26 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent split 2025-2026(65 yr up)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Paperas Y Relacionados - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Vacunas Para El Papiloma Humano(Hpv) - Vaccines		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines		
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat		
Boca Y Garganta - Agentes De Mucositis-Estomatitis - Drugs For The Mouth And Throat		
GELCLAIR MUCOUS MEMBRANE GEL IN PACKET (potassium sorbate/hydroxyethylcellulose/povidone/hyaluronic)	Nivel 3	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 3	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Nivel 3	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Nivel 3	
Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOXAC ORAL CAPSULE 30 MG (cevimeline HCl)	Nivel 3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
SALAGEN (PILOCARPINE) ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (pilocarpine HCl)	Nivel 3	
THERABREATH DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.11)	Nivel 3	
THERABREATH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.10)	Nivel 3	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Nivel 3	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Nivel 3	
Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Nivel 3	
Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat		
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 3	
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Nivel 3	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Nivel 3	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Nivel 3	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Nivel 3	PA
Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1	
PERIDEX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 0.12 % (chlorhexidine gluconate)	Nivel 3	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	PV	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 3	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
FRAICHE 5000 DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 3	
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT DENTAL SOLUTION 0.2 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
PREVIDENT KIDS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 3	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate)	Nivel 3	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
Clase Fdb Obsoleta-No Usada		
Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 3	
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 3	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 3	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET, SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 3	
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction		
Agentes Para Abstinencia De Opioides, Tipo Agonista Central Alfa-2 Adrenérgico - Drugs For Opioid Addiction		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 3	PA
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Nivel 3	PA
Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	Nivel 2	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Disuasivos De Tabaquismo - Inhibidor De Recaptación De Ne Y Dopamina (Ndri)-Tipo - Drugs For Smoking Addiction		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inflammatory Bowel Agent - Tumor Necrosis Factor Alpha Blockers - Drugs For Opioid Addiction		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 3	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inflammatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction		
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
Terapia Para Abstinencia De Alcohol - De Tipo Glutamato Y Sistema Gaba - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants		
Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	Nivel 1	
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	Nivel 1	
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Nivel 3	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 3	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 3	
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 3	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 3	
Immunosuppressive - Interleukin-6 (IL-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Nivel 3	PA; KP
Inmunosupresores - Inhibidores De Diana De Rapamicina En Células De Mamífero (Mtor) - Drugs For Organ Transplants		
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG (everolimus)	Nivel 2	
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG (everolimus)	Nivel 3	
Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants		
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
MYFORTIC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 180 MG, 360 MG (mycophenolate sodium)	Nivel 3	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 3	PA
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine		
Antipsychotic - Muscarinic Agonist/Antagonist Combinations		
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Migraine Therapy - Serotonin Agonist 5-Ht(1) And Nsaid Cox-2 Comb		
SYMBRAVO ORAL TABLET 10-20 MG (rizatriptan benzoate/meloxicam)	Nivel 3	
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System		
Adyuvante De Antiparkinson - Antagonista De Receptor De Adenosina - Drugs For Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (istradefylline)	Nivel 3	PA
Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Nivel 3	PA
Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CYMBALTA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 3	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 3	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 3	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 3	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 3	
Agentes De Terapia Bipolar - Tipo Anticonvulsivo - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
carbamazepine (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (84) - 100 Mg (14))	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (42) - 100 Mg (7))	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Antagonista De Receptor De H3/Agonista Inverso - Drugs For Sleep Disorder		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (pitolisant HCl)	Nivel 3	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Nivel 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (armodafinil)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (armodafinil)	Nivel 3	QL (3 EA per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (modafinil)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder		
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 3	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (90 EA per 30 days)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimetica, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia Y Cataplejia - Tipo Sedantes - Drugs For Sleep Disorder		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 3	PA
LUMRYZ STARTER PACK ORAL GRANULES ER PACKET, DOSE PACK 4.5-6-7.5 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 3	PA
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	Nivel 3	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Nivel 3	PA
Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes Para Tratar Dolores De Cabeza De Cúmulo Recurrentes - Drugs For Migraine Headaches		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; KP; QL (3 ML per 30 days)
Agonistas De Cannabis Y Receptores De Canabinoides - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Nivel 2	QL (680 ML per 28 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
FELBATOL ORAL TABLET 400 MG, 600 MG (felbamate)	Nivel 3	
Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG, 50 MG (primidone)	Nivel 3	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Nivel 3	PA
Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	Nivel 1	KP
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Nivel 3	PA
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (lacosamide)	Nivel 3	KP
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lacosamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (lacosamide)	Nivel 3	
Anticonvulsivo - Derivados De Feniltiazina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LAMICTAL ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG, 5 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 250 MG, 300 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Nivel 3	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 3	
Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet,chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
carbamazepine (Eptol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 3	
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION 300 MG/5 ML (60 MG/ML) (oxcarbazepine)	Nivel 3	
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 3	
Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Nivel 3	PA
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 150 MG, 200 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
TOPAMAX ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 MG, 25 MG (topiramate)	Nivel 3	
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (topiramate)	Nivel 3	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (7 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (3 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TROKENDI XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 3	QL (7 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZONEGRAN ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (zonisamide)	Nivel 3	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Nivel 3	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (rufinamide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (rufinamide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (rufinamide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
phenytoin sodium extended (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 3	
phenytoin (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	Nivel 3	
phenytoin sodium extended (Dilantin Oral Capsule 30 Mg)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (phenytoin)	Nivel 3	
phenytoin sodium extended (Phenytek Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg)	Nivel 3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
SABRIL ORAL POWDER IN PACKET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (vigabatrin)	Nivel 3	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Nivel 3	
Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 3	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Nivel 3	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression		
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (vilazodone HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Nivel 3	PA
Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (mirtazapine)	Nivel 3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET, DISINTEGRATING 15 MG, 30 MG, 45 MG (mirtazapine)	Nivel 3	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Inhibidores De Recaptación De Antagonistas De Serotonina-2 (Saris) - Drugs For Depression		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML (trazodone HCl)	Nivel 3	PA
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Nivel 3	PA
Antidepresivo - Tricíclico Y Antipsicótico, Comb De Fenotiazinas - Drugs For Depression		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo- Ssri Y Atípico Y Antipsico., Dopamina, Antagonistas De Serotonina - Drugs For Depression		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo-Inhibidores De Norepinafrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bupropion HCL within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Bupropion within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET SUSTAINED-RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (bupropion HCl)	Nivel 3	
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (bupropion HCl)	Nivel 3	
Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (methsuximide)	Nivel 3	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
ZARONTIN ORAL CAPSULE 250 MG (ethosuximide)	Nivel 3	
ethosuximide (Zarontin Oral Solution 250 Mg/5 Ml)	Nivel 3	
Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Desvenlafaxine, Duloxetine, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine within the past 120 days
Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 3	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution 5 Mg/5 MI)	Nivel 3	QL (1800 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antiemetics - Drugs For Insomnia		
AMBIEN CR ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 12.5 MG, 6.25 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Zolpidem IR (Ambien) within the past 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG (eszopiclone)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
Antiparkinson - Comb De Inhib De Dopaminérgico-Comt Perif-Dopa- Descarboxilasa - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotzoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 3	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectiva Atípica 5-HT_{2A} (SSA) - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 3	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 3	PA
Antipsicóticos - Antagonistas Atípicos De Dopamina-Serotonina Pirroles De Dibenzo-Oxepino - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (asenapine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Tienobenzodiazepinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan maleate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 3	
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (clozapine)	Nivel 3	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (18 ML per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 3	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG (lurasidone HCl)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (lurasidone HCl)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 3	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Der De Dopamina Atípica-Antag De Serotonina-Dibenzotiazipina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Nivel 3	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Tioxantinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag-Butyrophenone Deriv - Drugs For Severe Mental Disorders		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (lumateperone tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson		
TASMAR ORAL TABLET 100 MG (tolcapone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Nivel 3	PA
Antipsychotics, Atypical, Dopamine, Serotonin Antag And Opioid Antag Comb - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos
PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME
PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription of Zolpidem Tartrate, Eszopiclone, or Zaleplon within the last 130 days; QL (1 EA per 1 day)
Benzodiacepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 3	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 3	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 3	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 3	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 3	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 3	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 3	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 3	
Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (rasagiline mesylate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Carbidopa/Levodopa (Duopa, Parcopa, Rytary, Sinemet IR, or Sinemet CR) within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZELAPAR ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Selegiline capsules or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 3	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 3	QL (10 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contrast Media - Barium - Drugs For Depression		
CYMBALTA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Paroxetine HCL, Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Sertraline, or Venlafaxine ER/IR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 3	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 3	
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG, 37.5 MG, 75 MG (venlafaxine HCl)	Nivel 3	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 25 MG, 50 MG (desvenlafaxine succinate)	Nivel 3	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Venlafaxine HCL ER capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG, 75 MG (clomipramine HCl)	Nivel 3	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (desipramine HCl)	Nivel 3	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (nortriptyline HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Magnetic Resonance Iron Compounds - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Nivel 1	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (lithium carbonate)	Nivel 3	
Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Ultrasound Agents And Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (iloperidone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Nivel 3	QL (8 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) (iloperidone)	Nivel 3	QL (12 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) (iloperidone)	Nivel 3	QL (8 EA per 28 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 3 MG, 9 MG (paliperidone)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 6 MG (paliperidone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 3	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 3	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
Déficit De Atención-Hiperact. Trastorno (TDAH) - Alfa 2 Agonistas De Receptores - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
INTUNIV ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (guanfacine HCl)	Nivel 3	
ONYDA XR ORAL SUSPENSION, EXTEND RELEASE 24HR 0.1 MG/ML (clonidine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clonidine 0.1mg ER tablets within the past 120 days; QL (4 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Soap And/Or Cleanser Combinations - Drugs For Anxiety		
BUCAPSOL ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 7.5 MG (buspirone HCl)	Nivel 3	
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic - Contrast Media - Drugs For Depression		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR (selegiline)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Nivel 3	
NARDIL ORAL TABLET 15 MG (phenelzine sulfate)	Nivel 3	
PARNATE ORAL TABLET 10 MG (tranylcypromine sulfate)	Nivel 3	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet,disinteg er biphase 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
APTENSIO XR ORAL CAP,ER SPRINKLE,BIPHASIC 40-60 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (methylphenidate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 10 MG/9 HR, 15 MG/9 HR, 20 MG/9 HR, 30 MG/9 HR (methylphenidate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 3	QL (150 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 3	QL (120 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVAL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVAL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
FOCALIN XR ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JORNAY PM ORAL CAPSULE, DEL REL, EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 10 MG, 20 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 3	
<i>methylphenidate hcl oral cap, er sprinkle, biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 45 mg, 63 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	120mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	150mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (300 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	180mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (360 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 3	60mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (60 ML per 30 days)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE,ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE,ER BIPHASIC 50-50 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 3	QL (90 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet,disinteg er biphasic 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML (brivaracetam)	Nivel 2	KP
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Nivel 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG (levetiracetam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
KEPPRA ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levetiracetam)	Nivel 3	
KEPPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 3	
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 3	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 3	
levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hr 500 Mg, 750 Mg)	Nivel 3	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 3	PA
Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia		
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 3	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 3	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 3	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 3	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOREEV XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 3	
LOREEV XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 3	
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 3	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 3	
Gi Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression		
CELEXA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (citalopram hydrobromide)	Nivel 3	
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Nivel 3	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(drlec) 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
LEXAPRO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (escitalopram oxalate)	Nivel 3	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG (paroxetine HCl)	Nivel 3	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML (paroxetine HCl)	Nivel 3	
PAXIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (paroxetine HCl)	Nivel 3	
PROZAC ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG (fluoxetine HCl)	Nivel 3	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE 20 MG/ML (sertraline HCl)	Nivel 3	
ZOLOFT ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sertraline HCl)	Nivel 3	
Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG (tasimelteon)	Nivel 3	PA
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG (ramelteon)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 3	PA
Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia		
AZO MENOPAUSE NIGHT-MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1-30 MG (melatonin/genistein)	Nivel 3	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Nivel 3	
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 3	
KIDS SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG-45 MG- 12.5 MCG-3.75MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-theanine oral tablet, disintegrating 3-50 mg</i>	Nivel 3	
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET, CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Nivel 3	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Nivel 3	
SAMBUCUS HONEYBERRY NIGHT ORAL SYRUP 0.5 MG-3.5 GRAM -35 MG/7.5 ML (melatonin/honey/English ivy/elderberry/cider vinegar/C/zinc)	Nivel 3	
SLEEP CALM ORAL TABLET, CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 3	
SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET, CHEWABLE 3 MG-45 MG-12.5 MCG-3.75 MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 3	
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Nivel 3	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate, glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Nivel 3	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate, oxide/herbs)	Nivel 3	
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Nivel 3	
Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia		
CHILDREN'S MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 3	
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 3	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 3	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 3	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet,chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet,chewable 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	
MELATONINMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Nivel 3	
Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
GABARONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 3	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 3	
NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 300 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 3	
NEURONTIN ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML (gabapentin)	Nivel 3	
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (gabapentin)	Nivel 3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Blood Administration Sets - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 35-140 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 52.5-210 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 70-280 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 87.5-350 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML (foscarbidopa/foslevodopa)	Nivel 3	PA; KP
Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson		
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML (apomorphine HCl)	Nivel 3	PA; KP
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Nivel 3	PA; KP
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Nivel 3	PA
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1.5 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG (pramipexole di-HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (rotigotine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML (apomorphine HCl)	Nivel 3	PA; KP
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY (129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Nivel 3	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
LODOSYN ORAL TABLET 25 MG (carbidopa)	Nivel 3	
Migraine Therapy - Cgrp Receptor Blockers (Gepants And Mab) - Drugs For Migraine Headaches		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (erenumab-aooe)	Nivel 2	PA; KP; QL (1 ML per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Nivel 2	PA; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Nivel 2	PA; QL (16 EA per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Nivel 3	PA; QL (8 EA per 30 days)
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-HT_{1F} - Drugs For Migraine Headaches		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Nivel 2	PA; QL (8 EA per 30 days)
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Nivel 3	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo Tricíclico Antidepresivo - Drugs For Insomnia		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG (doxepin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 3	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 3	PA
Terapia De Dolor Neuropático - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Migraña - Agonista De Serotonina 5-Ht(1) Y Comb. De Nsaid - Drugs For Migraine Headaches		
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Sumatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Agonistas Selectivos De Serotonina 5-Ht(1) - Drugs For Migraine Headaches		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FROVA ORAL TABLET 2.5 MG (frovatriptan succinate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 3	QL (18 EA per 30 days)
IMITREX STATDOSE PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 3	KP; QL (18 ML per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 3	KP; QL (18 ML per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 3	QL (27 EA per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 3	QL (27 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Nivel 3	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan nasal spray within the past 120 days; QL (32 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELPAZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (eletriptan hydrobromide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (24 EA per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan injection within the past 120 days; QL (18 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
ZOMIG NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.5 MG, 5 MG (zolmitriptan)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Alcaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	KP; QL (15 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Nivel 3	QL (10 EA per 7 days)
MIGRANAL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.5 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (12 ML per 28 days); Age (Min 18 Years)
Terapia De Migraña - Bloqueador De Ligando Cgrp, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For Migraine Headaches		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 2	PA; KP; QL (1.5 ML per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 2	PA; KP; QL (1.5 ML per 30 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; KP; QL (1 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; KP; QL (1 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 3	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	Nivel 3	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 3	PA
Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (atomoxetine HCl)	Nivel 3	
Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabipentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gabipentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Thrombin Inhibitor - Selective Direct And Reversible - Drugs For Severe Mental Disorders		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System		
Medicamentos De Disfunción Erectil (De)-Inhib Sel. Cgmp De Fosfodiesterasa Tipo5 - Drugs For Erectile Dysfunction		
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 EA per 1 day)
Endocrino		
Antihyperglycemic - Dual SglT1 And SglT2 Inhibitors		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
Corticotropin-Releasing Factor (Crf) Type 1 Receptor Antagonists		
CRENESSITY ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG, 50 MG (crinecerfont)	Nivel 3	PA
CRENESSITY ORAL SOLUTION 50 MG/ML (crinecerfont)	Nivel 3	PA
Menopausal Symptoms Suppressant- Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Endocrino - Hormones		
Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Nivel 3	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	PV	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG (acoramidis HCl)	Nivel 3	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Nivel 3	PA
VYNDALIN ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Nivel 3	PA
Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones		
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Nivel 3	PA; KP
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 3	PA; KP
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	Nivel 3	PA; KP
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - Péptidas De Liberación De Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (abaloparatide)	Nivel 3	PA; KP
Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Nivel 2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Nivel 1	KP; ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Nivel 3	
<i>glucose oral tablet, chewable 3.75 gram, 4 gram</i>	Nivel 3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	KP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	KP
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	KP
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	KP
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Nivel 3	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (diazoxide)	Nivel 3	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA; KP
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA; KP
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA; KP
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA; KP
Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 3	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Nivel 1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - De Acción Prolongada - Drugs For Diabetes		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
BASAGLAR TEMPO PEN(U-100)INSLN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin glargine-yfgn, Toujeo or Tresiba within the past 365 days
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 2	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 2	
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Nivel 2	
Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Nivel 2	
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
KIRSTY PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-xjhz)	Nivel 3	
KIRSTY SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-xjhz)	Nivel 3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
MERIOLOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-szjj)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
MERIOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-szjj)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
metformin oral solution 500 mg/5 ml	Nivel 1	
metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet 625 mg, 750 mg	Nivel 3	
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg	Nivel 3	
metformin oral tablet, er gast. retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Glucophage XR within the past 120 days
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Nivel 3	
Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men		
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (5 GM per 1 day)
testosterone cypionate (Depo-Testosterone Intramuscular Oil 100 Mg/ML)	Nivel 3	PA; KP; QL (10 ML per 28 days)
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Nivel 3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (22 GM per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
TESTOPEL IMPLANT PELLETT 75 MG (testosterone)	Nivel 3	KP
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; KP; QL (10 ML per 28 days)
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; KP; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone implant pellet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	KP
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	Nivel 1	PA; QL (4 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (1.25 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Nivel 1	PA; QL (6 ML per 1 day)
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 12.5 MG/ 1.25 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 % (50 MG/5 GRAM) (testosterone)	Nivel 3	PA; QL (10 GM per 1 day)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Nivel 3	PA; KP; QL (2 ML per 28 days)
Antagonistas De Receptor De Hormona De Crecimiento - Drugs For Growth		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (pegvisomant)	Nivel 3	KP
Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Nivel 2	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Nivel 2	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metformin (Glucophage), Metformin ER, Glyburide/Metformin (Glucovance), or Glipizide/Metformin (Metaglip) within the past 180 days
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Inhibidor De SglT-2 Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidolate/metformin HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (dapagliflozin propanediol/metformin HCl)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG (pioglitazone HCl/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes		
DUETACT ORAL TABLET 30-2 MG, 30-4 MG (pioglitazone HCl/glimepiride)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonilurea, or preferred Metformin/Sulfonilurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonilurea, or preferred Metformin/Sulfonilurea combination within the past 120 days
Antihiper glucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Nivel 3	
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (pramlintide acetate)	Nivel 3	
Antihiper glucémicos, Miméticos De La Incretina, Agonista De Receptores De Glp-1 De Tipo Análogo - Drugs For Diabetes		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (exenatide microspheres)	Nivel 3	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml, 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	Nivel 1	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i>	Nivel 1	PA
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) (semaglutide)	Nivel 2	PA; KP
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG (semaglutide)	Nivel 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
Antihyperglucémicos-Insulina, De Acción Prolongada Y Comb De Agonista De Receptores De Glp-1 - Drugs For Diabetes		
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide)	Nivel 2	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Nivel 2	
Antihyperglycemic - Dual GIP And Glp-1 Receptor Agonists - Drugs For Diabetes		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 2	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones		
DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML (desmopressin acetate)	Nivel 3	KP
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG, 0.2 MG (desmopressin acetate)	Nivel 3	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 3	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1	
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Nivel 3	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 3	KP
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 3	KP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (octreotide acetate)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Nivel 3	PA; KP
Antileprotic - Phenazine Dye Derivatives - Drugs For Menopause And Bone Loss		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 168 MCG/0.56 ML, 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML (palopegteriparatide)	Nivel 3	PA; KP
Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women		
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Lo Oral Tablet 0.5-0.1 Mg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
ACTIVEELLA ORAL TABLET 1-0.5 MG (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 3	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Combipatch within the past 120 days; QL (1 EA per 7 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
ESTRATEST F.S. ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women		
norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	Nivel 1	
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	Nivel 1	KP
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	Nivel 1	
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (progesterone, micronized)	Nivel 3	
PROVERA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 3	
Antineoplastics - Drugs For Inflammation		
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	Nivel 1	
Bone Formation Stimulating Agents - Natriuretic Peptide - Drugs For Menopause And Bone Loss		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (vosoritide)	Nivel 3	PA; KP
Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss		
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
cinacalcet oral tablet 90 mg	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Central Nervous System Agents - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
OSENI ORAL TABLET 12.5-30 MG, 25-45 MG (alogliptin benzoate/pioglitazone HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Nivel 3	PA; KP
Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Nivel 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Nivel 3	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Nivel 3	
Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contraceptive Injectable Combinations - Hormones		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Nivel 3	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Nivel 3	PA
Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (risedronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	
ATELVIA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (4 EA per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 3	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 1	KP
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML (calcitonin,salmon,synthetic)	Nivel 3	KP
Contraceptives Implant - Drugs For Women		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Nivel 3	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Nivel 3	
Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss		
EVISTA ORAL TABLET 60 MG (raloxifene HCl)	Nivel 3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
Diagnostic - Urine Test Combinations - Drugs For Diabetes		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>glimepiride oral tablet 3 mg</i>	Nivel 3	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 5 MG (glipizide)	Nivel 3	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
PRECOSE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (acarbose)	Nivel 3	
Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes		
ACTOS ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (pioglitazone HCl)	Nivel 3	
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
Estrógenos - Drugs For Women		
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.06 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (1 EA per 7 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 20 MG/ML (estradiol valerate)	Nivel 3	KP
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %), 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %), 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 MG/GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
estradiol (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (52 GM per 30 days)
<i>estradiol implant pellet 6 mg</i>	Nivel 1	KP
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 7 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (16.2 ML per 30 days)
estradiol (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Nivel 3	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (1 EA per 7 days)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH SEMI-WEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (2 EA per 7 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH SEMI-WEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 3	QL (2 EA per 7 days)
Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Nivel 3	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 3	PA
CORTEF ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 3	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Nivel 3	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Nivel 3	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Nivel 3	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablets,dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Nivel 3	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Nivel 3	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Nivel 3	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone sod succinate injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	KP
deflazacort (Jaythari Oral Tablet 18 Mg, 30 Mg, 36 Mg, 6 Mg)	Nivel 3	PA
KENALOG INJECTION SUSPENSION 10 MG/ML, 40 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 3	KP
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION 80 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 3	KP
KHINDIVI ORAL SOLUTION 1 MG/ML (hydrocortisone)	Nivel 3	
MEDROL (PAK) ORAL TABLETS,DOSE PACK 4 MG (methylprednisolone)	Nivel 3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (methylprednisolone)	Nivel 3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (methylprednisolone)	Nivel 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 3	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORAPRED ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 10 MG, 15 MG, 30 MG (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 3	
PEDIAPRED ORAL SOLUTION 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 3	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Prednisone tablets, generic Methylprednisolone tablets, or Prednisolone 15mg/5mL oral solution within the past 365 days
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Nivel 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
RAYOS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Nivel 3	PA
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG (budesonide)	Nivel 3	PA
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	KP
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
prednisolone sodium phosphate (Veripred 20 Oral Solution 20 Mg/5 MI (4 Mg/MI))	Nivel 3	
ZCORT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 2	KP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Nivel 2	KP
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days
Hormona Estimulante De Folículo (Fsh) - Drugs For Women		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (follitropin beta, recombinant)	Nivel 3	KP; ST: Requires prior prescription for Gonal-F or Gonal-F-RFF within the past 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 UNIT/0.48 ML, 450 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.44 ML (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 3	KP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 3	KP
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 3	KP
Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid		
ADTHYZA ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 60 MG (thyroid, pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 30 MG, 32.5 MG, 65 MG, 90 MG, 97.5 MG (thyroid, pork)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NIVA THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 1	
NP THYROID ORAL TABLET 60 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	
RENTHYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
RENTHYROID ORAL TABLET 30 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 3	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintético T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid		
CYTOMEL ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG (liothyronine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Liothyronine tablets within the past 120 days
liothyronine sodium (Liomny Oral Tablet 25 Mcg, 5 Mcg, 50 Mcg)	Nivel 1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hormonas De Tiroides - Sintético T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 1	PA
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (20 ML per 1 day)
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 3	PA
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Nivel 3	KP
Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Paroxetine HCL or Venlafaxine within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De Antihiper glucémicos-Sglt-2, Inhibidor De Dpp-4 Y Comb De Biguanida - Drugs For Diabetes		
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 12.5-2.5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	
Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women		
cabergoline oral tablet 0.5 mg	Nivel 1	
Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	
Insulin - Beef - Drugs For Women		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	
clomiphene citrate oral tablet 50 mg	Nivel 1	
Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth		
GENOTROPIN MINISYN SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogonghla)	Nivel 3	PA; KP
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Nivel 3	PA; KP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (lonapegsomatropin-tcgd)	Nivel 3	PA; KP
SOGROYA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somapacitan-beco)	Nivel 3	PA; KP
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulin Pork Combinations - Drugs For Women		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Nivel 3	PA
Insulina Humana - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Intermedia - Drugs For Diabetes		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) (insulin regular, human)	Nivel 3	PA
Lhrh (Gnrh) Agonista Análogo De Supresores Pituitario - Pubertad Precoz Central - Drugs For Women		
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY) (histrelin acetate)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Lhrh (Gnrh) Antagonist, Estrogen And Progestin Combinations - Drugs For Woman		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (relugolix/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 3	KP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT 0.25 MG (cetorelix acetate)	Nivel 3	KP
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 ml)	Nivel 3	KP
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 3	KP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Infant Diapers - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NESINA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (alogliptin benzoate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women		
methylergonovine oral tablet 0.2 mg	Nivel 1	QL (28 EA per 30 days)
Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 3	PA; KP
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
KAZANO ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG (alogliptin benzoate/metformin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Nivel 3	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Nivel 3	PA
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
Agente De Esclerosis Múltiple - Análogos De Nucleósido Purina - Drugs For Multiple Sclerosis		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Nivel 3	PA; KP
Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 10 MG (dalfampridine)	Nivel 3	PA
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis		
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (teriflunomide)	Nivel 2	PA
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Nivel 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 3	PA; KP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA; KP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA; KP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA; KP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (fingolimod HCl)	Nivel 3	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG (fingolimod HCl)	Nivel 2	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Nivel 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Nivel 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Nivel 3	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Nivel 3	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Nivel 3	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Nivel 2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/ML, 40 Mg/ML)	Nivel 1	PA
TECFIDERA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG, 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG (dimethyl fumarate)	Nivel 2	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Nivel 3	PA
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations		
Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Nivel 3	
Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
ANUSOL-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 3	
HEMMOREX-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 30 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
hydrocortisone acetate (Proctocort Rectal Suppository 30 Mg)	Nivel 3	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations		
hydrocortisone acetate/pramoxine HCl (Analpram-Hc Rectal Cream 1-1 %)	Nivel 3	
ANALPRAM-HC RECTAL CREAM 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram), 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Nivel 3	
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations		
Dermatitis Agents, Systemic - IL-31 Receptor Alpha Antagonist Mab		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 30 MG (nemolizumab-iltio)	Nivel 3	PA; KP
Dermatological - Nitric Oxide Releasing Agents		
ZELSUVMI TOPICAL GEL 10.3 % (berdazimer sodium)	Nivel 3	PA
Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor		
LEQSELVI ORAL TABLET 8 MG (deuruxolitinib phosphate)	Nivel 3	PA
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Nivel 3	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 3	PA
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin		
Acne Therapy Topical - Androgen Receptor Inhibitors - Drugs For The Skin		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % (clascoterone)	Nivel 3	PA; QL (60 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antipsoriático - Antagonistas De Interleucinas-23 (Il-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 3	PA; KP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 3	PA; KP
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA; KP
Agentes Antipsoriático - Inhibidores De Interleucinas 12 E Il-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA; KP
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA; KP
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 3	PA; KP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA; KP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Dermatitis O Eccema, Sistémico-Antag. De Interleucinas-4 (Il-4Ra) Mab - Drugs For The Skin		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA; KP
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA; KP
Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Nivel 2	PA; QL (100 GM per 30 days)
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Nivel 3	
ELIMITE TOPICAL CREAM 5 % (permethrin)	Nivel 3	
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Nivel 3	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Nivel 3	
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL, SPRAY 0.5 % (permethrin)	Nivel 3	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
NATROBA TOPICAL SUSPENSION 0.9 % (spinosad)	Nivel 3	
OVIDE TOPICAL LOTION 0.5 % (malathion)	Nivel 3	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
crotamiton (Pruradik Topical Lotion 10 %)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Nivel 3	
Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin		
<i>methyl salicylate oil</i>	Nivel 3	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Nivel 3	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Nivel 3	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Nivel 3	
Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Nivel 3	PA
Anticoagulants - Drugs For The Skin		
REGGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Nivel 2	
Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 3	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 3	PA
Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for oral generic Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 365 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Nivel 3	
ZOVIRAX TOPICAL OINTMENT 5 % (acyclovir)	Nivel 3	
Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 3	
Antipsoriáco - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (200 GM per 28 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (spesolimab-sbzo)	Nivel 3	KP
Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Nivel 3	PA
Beta Blockers Cardiac Selective, Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Skin		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
GRAFIX CORE TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 3	
Beta Blockers Non-Cardiac Selective - Drugs For The Skin		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % (clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Nivel 3	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Nivel 3	
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Nivel 3	
Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 3	PA; KP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 3	PA; KP
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA; KP
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA; KP
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA; KP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA; KP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Nivel 3	PA; KP
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (secukinumab)	Nivel 3	PA; KP
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Nivel 3	PA; KP
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA; KP
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA; KP
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA; KP
Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Nivel 3	
<i>balsam peru-castor oil topical ointment in packet</i>	Nivel 3	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Nivel 3	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 3	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WHYTEDERM SURGIPAK TOPICAL KIT 2-4-2 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 3	
Combinaciones De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
NIX LICE PREVENTION TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.06-0.35-0.6 % (rosemary oil/lemongrass/citronella oil)	Nivel 3	
Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin		
ADALINA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
Cuidado De Lesiones - Combinaciones De Limpiadores - Drugs For The Skin		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
EPICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (hypochlorous acid/sodium chloride/sodium phosphate)	Nivel 3	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water)	Nivel 3	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfate/sod phosphate, mono)	Nivel 3	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Nivel 3	
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Nivel 3	
Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 3	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTICOAT DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 5 X 5 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 3	
ACTICOAT FLEX 3 DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 3	
ACTICOAT FLEX 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 24 ", 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 3	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 3	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Nivel 3	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 3	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/silver/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 3	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 3	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Nivel 3	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Nivel 3	
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Nivel 3	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 3	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Nivel 3	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Nivel 3	
OCM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 3	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 3	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 3	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin		
ANZUPGO TOPICAL CREAM 2 % (delgocitinib)	Nivel 3	PA; QL (60 GM per 30 days)
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Nivel 3	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Nivel 3	PA
Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 3	PA; KP
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 3	PA; KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 3	PA; KP
EBGLYSS SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 3	PA; KP
Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin		
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 3	QL (5 EA per 1 FILL)
KLISYRI (350 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 3	QL (5 EA per 1 FILL)
Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin		
KAZURI TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
KERIDA TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 3	
KYNARA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 3	
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 3	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 3	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladaores De Fibrina - Drugs For The Skin		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 3	
Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Nivel 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 1	
CONDYLOX TOPICAL GEL 0.5 % (podofilox)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Nivel 3	
HYDRO 40 TOPICAL FOAM 40 % (urea)	Nivel 3	
KERALYT TOPICAL SHAMPOO 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Nivel 3	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Nivel 3	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Nivel 3	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Nivel 3	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Nivel 3	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit,cleanser and cream er 6 %</i>	Nivel 3	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Nivel 3	
SALIMEZ TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 1	
SALYCIM TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Nivel 3	
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Nivel 3	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Nivel 3	
URAMAXIN GT TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL CREAM 45 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 3	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Nivel 3	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Nivel 3	
<i>urea topical cream 41 %</i>	Nivel 3	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Nivel 3	
VIRASAL TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL 27.5 % (salicylic acid)	Nivel 3	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Nivel 3	
XUREA TOPICAL CREAM 39 % (urea)	Nivel 3	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Nivel 3	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	Nivel 3	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin		
methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Despигmentación - Drugs For The Skin		
BLANCHE TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 3	
hydroquinone topical cream 4 %	Nivel 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 3	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 3	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA HP PLUS TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA HP TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA LP TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 3	
MEDORFA TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 3	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Tratamiento De Hiperhidrosis De Anticolinérgicos - Drugs For The Skin		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (glycopyrronium tosylate)	Nivel 2	PA
SOFDRA TOPICAL GEL WITH PUMP 12.45 % (72 MG /ACTUATION) (sofipirionium bromide)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	Nivel 3	
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Nivel 3	
FLECTOR TRANSDERMAL PATCH 12 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 3	
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Nivel 3	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Nivel 3	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Flector patch within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 3	
VENNGEL II TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 3	
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 3	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 3	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 3	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
PURAZIL TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 3	
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>tazarotene topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.1 % (tazarotene)	Nivel 3	
TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 % (tazarotene)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Nivel 3	
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VECTICAL TOPICAL OINTMENT 3 MCG/GRAM (calcitriol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 3	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 3	
Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 3	PA
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 % (bexarotene)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Nivel 3	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 3	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Nivel 3	
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
LIDODERM TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 5 % (lidocaine)	Nivel 3	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3 %, 3.25 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 3	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Nivel 3	
LIDTOPIC TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 7.5 % (lidocaine)	Nivel 3	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 3	
NOLIRA TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 3	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 3	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 3	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 3	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 3	
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Nivel 3	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Nivel 3	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 3	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 3	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 3	
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Lidoderm 5% patch within the past 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Antibacterial, Agente Antifúngico Con Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ALCORTIN A TOPICAL GEL IN PACKET 2-1-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe polysaccharides no.2)	Nivel 3	
DAZINIA TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Nivel 1	
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 3	
VYTONE TOPICAL CREAM IN PACKET 1.9-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe vera)	Nivel 3	
Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin		
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Nivel 3	
BATIZIA TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 3	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Nivel 3	
CENTANY TOPICAL OINTMENT 2 % (mupirocin)	Nivel 3	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 3	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Nivel 3	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Nivel 3	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Nivel 3	
Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Nivel 3	
Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Nivel 1	QL (100 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 3	
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ciclopirox (shampoo/gel) or Ketoconazole (shampoo/cream) within the past 120 days
OVACE PLUS WASH TOPICAL CLEANSER, GEL 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OVACE TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 3	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	Nivel 1	
selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %	Nivel 1	
sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %	Nivel 1	
sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %	Nivel 1	
sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %	Nivel 3	
sulfacetamide sodium topical shampoo 9.8 %	Nivel 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Nivel 3	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinación De Nsaid Y Anestesia Local - Drugs For The Skin		
DICLOVIX TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-2.5-4-2 % (diclofenac sodium/lidocaine/methyl salicylate/camphor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin		
DENVITA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 3	
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Nivel 1	
FENOVIA TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
FERVINA TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 3	
FIDILA TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 3	
FRIVO TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 3	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 3	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 3	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 3	
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
CLOBEZIN TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-0.44 % (clotrimazole/betamethasone/menthol/zinc oxide/petrolatum,wht)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
DELIBON TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 3	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Nivel 3	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Nivel 3	
DIONARIS TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 3	
DIVENDO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 3	
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 3	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones De Antibacteriales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide/emollient comb no.65)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days; QL (10 GM per 365 days)
Dermatológico - Combinaciones De Despigmentación - Drugs For The Skin		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KATARYA TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 3	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetate)	Nivel 3	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 3	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetate)	Nivel 3	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MAVILO HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MAVILO LP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MAVILO TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 3	
MECORIX HP TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MECORIX PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MECORIX TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MEDORFA PLUS TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 3	
MEKAM HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MEKAM TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MELIDU TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MELONDIS PLUS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MELONDIS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MIMORA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOKURA LP TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA MOD TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOKURA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 3	
MOLEXI TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MYTHIUS TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
MYVORI TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 3	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Nivel 3	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Nivel 3	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Nivel 3	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 3	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Nivel 3	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
HURRI-FREEZE TOPICAL AEROSOL,SPRAY (vapocoolant device)	Nivel 3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 3	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 3	
DIVINIX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DIVINIX TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DIVINIX TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 3	
DOMELA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 3	
DYNOMA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 3	
ILEXOR TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 3	
PLENURA TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 3	
TELIORA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 3	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEW SKIN BOTANICALS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.7)	Nivel 3	
NEW SKIN KIDS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.9)	Nivel 3	
NEW SKIN SENSITIVE TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.8)	Nivel 3	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 1	
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 3	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe vera extract)	Nivel 3	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Nivel 3	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 3	
SCARTRATE TOPICAL CREAM 5-2.25 % (dimethicone/allantoin)	Nivel 3	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Nivel 3	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HPR PLUS-MB HYDROGEL TOPICAL COMBO PACK,GEL AND FOAM 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 3	
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT,CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 3	
MB HYDROGEL TOPICAL KIT,CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 1	
Dermatológico - Combinaciones Glucocorticoide-Emolientes - Drugs For The Skin		
BESER KIT TOPICAL KIT,LOTION AND CREAM,EMOLLIENT 0.05 % (fluticasone propionate/emollient combination no.65)	Nivel 3	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT,OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone)	Nivel 3	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Nivel 3	
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetonide/urea/silicone, adhesive)	Nivel 3	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Nivel 3	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Nivel 3	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 3	QL (1 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 3	QL (375 GM per 30 days)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK,OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 3	QL (375 GM per 30 days)
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Nivel 3	
WHYTEDERM TDKIT TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 3	
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 3	
Dermatológico - Combinaciones Querotólicas		
Otros - Drugs For The Skin		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 3	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 3	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 3	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Nivel 3	
WAYZEN TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 3	
WELERIS TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 3	
XIRUN TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 3	
Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin		
AMLACTION TOPICAL LOTION 12 % (ammonium lactate)	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Nivel 3	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Nivel 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Nivel 3	
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Nivel 3	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Nivel 3	
<i>urea topical cream 10 %, 20 %</i>	Nivel 3	
<i>urea topical lotion 10 %</i>	Nivel 3	
<i>vitamin e (dl, acetate) topical oil</i>	Nivel 3	
Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Ésteres Tópicos De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (benzocaine)	Nivel 3	
Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream within the past 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 3	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 3	
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
fluticasone propionate (Beser Topical Lotion 0.05 %)	Nivel 3	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
CLOBEX TOPICAL LOTION 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
CLOBEX TOPICAL SHAMPOO 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
CLOBEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
clobetasol propionate (Clodan Topical Shampoo 0.05 %)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
CORDRAN TOPICAL LOTION 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDRAN TOPICAL OINTMENT 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL TOPICAL OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL SCALP OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide/shower cap)	Nivel 3	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
DESOWEN TOPICAL CREAM 0.05 % (desonide)	Nivel 3	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DIPROLENE (AUGMENTED) TOPICAL OINTMENT 0.05 % (betamethasone dipropionate/propylene glycol)	Nivel 3	
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 3	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halcinonide topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL CREAM 0.1 % (halcinonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical solution 2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Nivel 3	
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
KENALOG TOPICAL AEROSOL 0.147 MG/GRAM (triamcinolone acetonide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
LOCOID LIPOCREAM TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone butyrate/emollient base)	Nivel 3	
LOCOID TOPICAL LOTION 0.1 % (hydrocortisone butyrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)
LUXIQ TOPICAL FOAM 0.12 % (betamethasone valerate)	Nivel 3	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 3	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
OLUX TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 3	
OLUX-E TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate/emollient base)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctocort Topical Cream 1 %)	Nivel 3	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no.1)	Nivel 2	
SCALACORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
SYNALAR TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
SYNALAR TOPICAL OINTMENT 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
SYNALAR TOPICAL SOLUTION 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 3	
hydrocortisone (Texacort Topical Solution 2.5 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
desoximetasone (Topicort Topical Cream 0.05 %, 0.25 %)	Nivel 3	
TOPICORT TOPICAL GEL 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 3	
TOPICORT TOPICAL OINTMENT 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 3	
desoximetasone (Topicort Topical Ointment 0.25 %)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPICORT TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.25 % (desoximetasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days
clobetasol propionate/emollient base (Tovet Emollient Topical Foam 0.05 %)	Nivel 3	
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 3	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Nivel 3	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Nivel 3	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VANOS TOPICAL CREAM 0.1 % (fluocinonide)	Nivel 3	
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil within the past 120 days
Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin		
ELIDEL TOPICAL CREAM 1 % (pimecrolimus)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
ELYZIA (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELYZIA TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 3	
HOVYN TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 3	
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 3	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 3	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 3	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VEVEN TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 3	
Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Imiquimod 5% cream packets and Podofilox 0.5% solution within the past 365 days; QL (30 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Drugs For The Skin		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (interferon alfa-n3)	Nivel 3	KP
Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 3	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 3	
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 3	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Nivel 3	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Nivel 3	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Nivel 3	
COCOA BUTTER FORMULA - VIT E TOPICAL LIQUID (emollient combination no.123)	Nivel 3	
CUTEMOL EMOLLIENT TOPICAL CREAM (emollient combination no.125)	Nivel 3	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Nivel 3	
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Nivel 3	
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Nivel 3	
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 3	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Nivel 3	
ENTTY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Nivel 3	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Nivel 3	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 3	
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Nivel 3	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 3	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 3	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Nivel 3	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Nivel 3	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Nivel 3	
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Nivel 3	
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 3	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Nivel 3	
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Nivel 3	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Nivel 3	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 3	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum,white/water)	Nivel 3	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Nivel 3	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Nivel 3	
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Nivel 3	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Nivel 3	
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/sheabutter/marigold/argan)	Nivel 3	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Nivel 3	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 3	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acet (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Nivel 3	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Nivel 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 3	
SKIN THERAPY TOPICAL LIQUID (emollient combination no.41)	Nivel 3	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 3	
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Nivel 3	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Nivel 3	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Nivel 3	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/shear tree)	Nivel 3	
Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA
Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin		
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdb)	Nivel 3	
Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
SILVADENE TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 3	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Nivel 3	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Nivel 3	
Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 3	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Nivel 3	
SAFRYCYN TOPICAL CREAM 0.2 % (hyaluronate sodium)	Nivel 3	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Nivel 3	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 3	
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Nivel 1	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	Nivel 3	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	Nivel 3	
Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Nivel 3	
Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin		
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL, SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL, SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL, SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION, EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Nivel 3	
Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
azelaic acid topical gel 15 %	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
BAXONIL TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 3	
brimonidine topical gel with pump 0.33 %	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ivermectin topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
METROCREAM TOPICAL CREAM 0.75 % (metronidazole)	Nivel 3	
METROGEL TOPICAL GEL 1 % (metronidazole)	Nivel 3	
METROLOTION TOPICAL LOTION 0.75 % (metronidazole)	Nivel 3	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	
MIRVASO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.33 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Metronidazole 0.75% gel, lotion, or cream within the past 120 days
REMYDA TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
RESTIMO TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 3	
RHOFADE TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Nivel 3	
metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
metronidazole (Rosadan Topical Gel 0.75 %)	Nivel 3	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 3	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 3	
ROSITARA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROVIS TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 3	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK,CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Nivel 3	
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin		
DYCLOPRO TOPICAL SOLUTION 0.5 % (dyclonine HCl)	Nivel 3	
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Nivel 3	
Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Nivel 3	PA
Dermatológico - Varias Combinaciones - Drugs For The Skin		
KEFUNOVA TOPICAL CREAM 5-0.005 % (fluorouracil/calcipotriene)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Nivel 3	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Nivel 3	
Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Nivel 3	QL (60 GM per 28 days)
Dietary Product - Sweeteners - Drugs For The Skin		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Nivel 3	
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 3	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
Dietary Products - Drugs For The Skin		
CARAC TOPICAL CREAM 0.5 % (fluorouracil)	Nivel 3	PA
EFUDEX TOPICAL CREAM 5 % (fluorouracil)	Nivel 3	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Nivel 2	
Erythropoietins - Drugs For The Skin		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Nivel 3	
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Nivel 3	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Nivel 3	
Factor Viii Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 3	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Nivel 3	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Nivel 3	
EYELID WIPES (WITH CHAMOMILE) TOPICAL TOWELETTE (eyelid cleanser combination no.6)	Nivel 3	
OCUSOFT LID SCRUB ALLERGY TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.13)	Nivel 3	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Nivel 3	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Nivel 3	
Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-Csf) - Drugs For The Skin		
DERMACINRX PHN PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5 % (lidocaine/emollient combination no.102)	Nivel 3	
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Nivel 3	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Nivel 3	
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Nivel 3	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 3	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 3	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 3	
Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin		
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Nivel 3	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Nivel 3	
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Nivel 3	
TECNU TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.41)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Hot And Cold Combination Therapy Aids - Drugs For The Skin		
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Irrigation Supplies - Drugs For The Skin		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	
TACLONEX TOPICAL SUSPENSION 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Taclonex ointment within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Nivel 3	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Nivel 3	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Nivel 3	
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
LUZU TOPICAL CREAM 1 % (luliconazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Nivel 1	
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Nivel 3	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
VUSION TOPICAL OINTMENT 0.25-15-81.35 % (miconazole nitrate/zinc oxide/petrolatum,white)	Nivel 3	
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Nivel 3	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Oral Electrolytes - Drugs For The Skin		
CHEST RUB (WITH PINE OIL) TOPICAL OINTMENT (eucalyptus oil/lavender oil/pine needle oil/beeswax)	Nivel 3	
Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin		
ABENOR HP TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ABENOR TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 3	
ACZONE TOPICAL GEL 5 % (dapsone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACZONE TOPICAL GEL WITH PUMP 7.5 % (dapsone)	Nivel 3	
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for generic topicals: Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin within the past 365 days; Age (Min 9 Years)
APORIX TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
azelaic acid topical gel 15 %	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
CLEOCIN T TOPICAL LOTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
CLEOCIN T TOPICAL SOLUTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	QL (180 ML per 1 FILL)
clindamycin phosphate (Clindacin Etz Topical Swab 1 %)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
clindamycin phosphate (Clindacin P Topical Swab 1 %)	Nivel 3	
clindamycin phosphate (Clindacin Topical Foam 1 %)	Nivel 3	
CLINDAGEL TOPICAL GEL, ONCE DAILY 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 7.5 %</i>	Nivel 3	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
ERYGEL TOPICAL GEL 2 % (erythromycin base in ethanol)	Nivel 3	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
EVOCLIN TOPICAL FOAM 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
KLARON TOPICAL SUSPENSION 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 3	
RUMILO TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1	
Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 3	
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOGEN TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 3	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK,CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DICLOTRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 3	
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Nivel 3	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Nivel 3	
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Nivel 3	
KERAXA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ORTHAPHEN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 3	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 3	
Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
NAFTIN TOPICAL GEL 2 % (naftifine HCl)	Nivel 3	
Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Nivel 3	
CICLODAN KIT TOPICAL SOLUTION 8 % (ciclopirox/urea/camphor/menthol/eucalyptol)	Nivel 3	QL (19.8 ML per 1 FILL)
ciclopirox olamine (Ciclodan Topical Cream 0.77 %)	Nivel 3	QL (180 GM per 1 FILL)
ciclopirox (Ciclodan Topical Solution 8 %)	Nivel 3	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
DAFILOR TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FILOMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 3	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 3	
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL CREAM 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 3	QL (180 GM per 1 FILL)
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL SUSPENSION 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 3	QL (180 ML per 1 FILL)
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 3	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 3	
Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days
Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin		
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
CETACAIN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Nivel 3	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 3	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Nivel 3	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Nivel 3	
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
NOBELA TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 3	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
SYNTHERMA PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 3	
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Nivel 3	
Protectores De Uñas - Drugs For The Skin		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Nivel 3	
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute,human and bovine)	Nivel 3	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa,meshed)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin		
ADMIRAZOL HP TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
ADMIRAZOL TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
ALIXI HP TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapson/niacinamide)	Nivel 3	
ALIXI TOPICAL CREAM 6-4 % (dapson/niacinamide)	Nivel 3	
APORIX TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 3	
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 3	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsona/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapsona/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsona/niacinamide)	Nivel 3	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapsona/niacinamide)	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsona/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapsona/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsona/niacinamide)	Nivel 3	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapsona/niacinamide)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratolíticas - Drugs For The Skin		
ACANYA TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2-2.5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
APEXOL HP TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
APEXOL TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
ARTILIS HP TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARTILIS TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 1	
AVAR LS TOPICAL CLEANSER 10-2 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
AVAR TOPICAL CLEANSER 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	QL (1419 GM per 1 FILL)
BENZAMYCIN TOPICAL GEL 3-5 % (erythromycin base/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 3	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Nivel 3	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 % (1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ONEXTON TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2 % (1 % BASE) - 3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
PLEXION CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
PLEXION TOPICAL CLEANSER 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %, 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Nivel 3	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SUMADAN TOPICAL CLEANSER 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 3	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzene/octinoxate/octyl sal)	Nivel 3	
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 3	
SUMAXIN TOPICAL CLEANSER 9-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 3	
ADERMICA HP TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADERMICA TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALOMIRA HP TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALOMIRA LP TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALOMIRA TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ALUXOF HP TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ALUXOF TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
AUGUSTIL TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
AVIDORA HP TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
AVIDORA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
AVIDORA TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
AWANIS TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Clindamycin gel or Tretinoin 0.025% gel within the past 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 3	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
LOUNZDOMDIOXIATAR TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ONZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 3	
UNZDOMDIOXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 3	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Nivel 1	
ALURIS HP PLUS TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALURIS LP PLUS TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS LP TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS PLUS TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
ALURIS TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
APHORIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 3	
AZALTA HP TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
AZALTA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
EPIDUO FORTE TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
EPIDUO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.1-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
SIRVANA TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
SORIXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Nivel 3	
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 3	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 3	
Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 3	
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Nivel 3	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Nivel 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Nivel 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Nivel 3	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Nivel 3	
ALVOX HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALVOX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
ATRALIN TOPICAL GEL 0.05 % (tretinoin)	Nivel 3	
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
DIFFERIN TOPICAL CREAM 0.1 % (adapalene)	Nivel 3	
DIFFERIN TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3 % (adapalene)	Nivel 3	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 3	
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 %, 0.08 % (tretinoin microspheres)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
RETIN-A MICRO TOPICAL GEL 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 3	Age (Max 39 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETIN-A TOPICAL CREAM 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % (tretinoin)	Nivel 3	
RETIN-A TOPICAL GEL 0.01 %, 0.025 % (tretinoin)	Nivel 3	
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
Terapia Sistémica Para El Acné - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE 16 MG, 24 MG, 32 MG, 8 MG (isotretinoin, micronized)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
Vendajes De Piel De Ovina (Oveja), No-Viva - Drugs For The Skin		
KERAMATRIX TOPICAL SHEET 2 X 2 ", 3/4 X 1 ", 4 X 4 " (tissue matrix, keratin-based, ovine derived)	Nivel 3	
Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin		
MIRO3D FIBERS TOPICAL POWDER 100 MG, 500 MG, 700 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 4 X 4 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM, 7 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM),porcine derived, fenestrated)	Nivel 3	
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM),porcine derived, fenestrated)	Nivel 3	
MIRODRY WOUND MATRIX TOPICAL SHEET 10 X 5 CM, 2 X 2 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 5 X 7 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 3	
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents		
Medical Supplies And Dme - Epidural Administration Sets		
IVENIX LVP EPIDURAL SET NRFIT EPIDURAL INFUSION SET (epidural administration set)	Nivel 3	KP
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 3	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 3	
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 3	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	KP
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	KP
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 3	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	
Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 3	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper, brief, youth, disposable)	Nivel 3	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device, muscle toner, elt)	Nivel 3	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 3	
Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	PV	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 3	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 3	
Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Covid-19 Miscellaneous Testing Supplies - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 3	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 3	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 3	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 3	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 3	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 3	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 3	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Local Anesthetic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 3	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 3	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 3	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 3	
Ophthalmic - Local Anesthetic Esters - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 10 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
Ophthalmic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 3	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 3	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 3	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 3	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 3	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 3	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 3	
I-PORT (injection ports)	Nivel 3	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 3	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 3	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 3	
Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINER KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 3	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 3	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 3	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 3	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 3	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 3	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Otic (Ear) - Analgesics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	KP
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	KP
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	KP
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	KP
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	KP
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	KP
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
ULILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AUTOLET LITE (lancing device)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 3	
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor, implantable, continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 3	PA; KP
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	DME	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS,THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	
LANCETS,ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies,miscell)	DME	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	DME	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 3	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 3	
Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/L2)	Nivel 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT (GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/G7 with controller)	Nivel 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/G7)	Nivel 2	KP
OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/L2 with controller)	Nivel 2	KP
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, continuous infusion, BT and controller)	Nivel 2	KP
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, bluetooth)	Nivel 2	KP
TWIST REFILL KT (CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 3	
TWIST RFL (INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
TWIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Aguja De Extracción De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gasa Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 3	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
Suministros Médicos Y Dme - Comb. De Azúcar En Sangre-Cetonas Suministros De Pruebas - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Combinaciones De Dispositivos De Presión Arterial - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Dispositivos Ventiladores De Trompa De Eustaquio/Oído Medio - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Equipos De Extracción De Sangre Con Anestesia Local - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1" - 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Implantes Que Abultan El Tejido - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BARRIGEL IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 3	PA; KP
Suministros Médicos Y Dme - Medias De Compresión - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking, knee high, long length, small circumference)	Nivel 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Azúcar En Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTRIPI TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Cetona En Orina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	DME	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INSUFLOIN INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Pruebas De Coagulación De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, S. CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
nebulizer and compressor device	Nivel 3	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 3	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros Dentales Otros - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Q-CARE RX Q2 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine/dental swab 1/mouthwash)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 3	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Nivel 3	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gaza - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Nivel 3	
Tissue Bulking Implants - Anorectal - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
SOLESTA IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 50-15 MG/ML (4) (dextranomer microspheres/hyaluronate sod in 0.9 % sodium chl)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tissue Bulking Implants - Ureteral - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
DEFLUX IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 50-15 MG/ML (1) (dextranomer microspheres/hyaluronate sod in 0.9 % sodium chl)	Nivel 3	KP
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics		
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Nivel 3	
<i>hypromellose powder</i>	Nivel 3	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Nivel 3	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Tabletas		
<i>cellulose (bulk) powder</i>	Nivel 3	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 %, 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 3	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 3	
PULMOSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 3	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales		
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Nivel 3	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Nivel 3	
Dermatological - Antipruritics		
<i>polysorbate 80 solution</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS LIQUID (liquid base no.261)	Nivel 3	
Dermatological - Nsaid Combinations		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Nivel 3	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Nivel 3	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Nivel 3	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Nivel 3	
Dermatological Antipruritics - Antihistamines		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Nivel 3	
Miotics - Direct Acting		
<i>olive oil oil</i>	Nivel 3	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 3	
Ophthalmic - Miotics		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Nivel 3	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Nivel 3	
<i>sesame oil oil</i>	Nivel 3	
<i>sodium succinate powder</i>	Nivel 3	
Químicos - Agentes Criopreservativos		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Nivel 3	
Químicos Al Granel		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Nivel 3	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 3	
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 3	
<i>guaiacol liquid</i>	Nivel 3	
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 3	
<i>hydroxyethyl methacrylate, bulk liquid 96 %</i>	Nivel 3	
<i>sodium bicarb-sodium chloride powder</i>	Nivel 3	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 3	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 3	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Nivel 3	
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear		
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylonol)	Nivel 3	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics		
CETRAXAL OTIC (EAR) DROPPERETTE 0.2 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
DERMOTIC OIL OTIC (EAR) DROPS 0.01 % (fluocinolone acetonide oil)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
fluocinolone acetone oil (Flac Otic Oil Otic (Ear) Drops 0.01 %)	Nivel 3	
<i>fluocinolone acetone oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Nivel 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Nivel 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
OTOVEL OTIC (EAR) SOLUTION 0.3-0.025 % (0.25 ML) (ciprofloxacin HCl/fluocinolone acetone)	Nivel 3	
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein lib/liia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants		
Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants		
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants		
<i>phenol liquid</i>	Nivel 3	
Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants		
<i>glutaraldehyde solution 25 %</i>	Nivel 3	
Platelet Aggregation Inhibitors - Monoclonal Agents - Antiseptics And Disinfectants		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
DELUXO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluor/e.water)	Nivel 3	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 3	
Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 3	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 3	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
Productos Vaginales - Drugs For Women		
Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections		
CLEOCIN VAGINAL CREAM 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin vaginal cream within the past 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 3	
Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Antidiarrheal - Gi Adsorbents - Drugs For Women		
AZO BORIC ACID VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 3	
MONISTAT MAINTAIN VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 3	
Antidiarrheals - Drugs For Women		
estradiol (Estrace Vaginal Cream 0.01 % (0.1 Mg/Gram))	Nivel 3	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (estradiol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 90 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol acetate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG (estradiol)	Nivel 3	
estradiol (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Nivel 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	Nivel 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 % (37.5MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Nivel 3	
Medical Supplies And Dme - Insulin Needles-Syringes And Admin Supplies - Drugs For Women		
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 3	
Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 3	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 3	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Nivel 3	
Sistema Locomotor		
Als Agents - Antisense Oligonucleotide (Aso)		
QALSODY INTRATHECAL SOLUTION 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) (tofersen)	Nivel 3	KP
Duchenne Muscular Dystrophy - Histone Deacetylase (Hdac) Inhibitor		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION 8.86 MG/ML (givinostat hydrochloride)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Nivel 3	PA
Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Nivel 3	PA
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
Agente Antimiasténicos - Inhibidores De Colinesterasa Reversible - Drugs For Nerves And Muscles		
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML (pyridostigmine bromide)	Nivel 3	
MESTINON ORAL TABLET 60 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 3	
MESTINON TIMESPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 180 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 3	
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 3	
Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Nivel 3	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Nivel 3	PA; KP
Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Nivel 3	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	PA
Antimyasthenic Agent - Neonatal Fc Receptor (FcRn) Inhibitor - Drugs For Nerves And Muscles		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SYRINGE 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML (efgartigimod alfa-hyaluronidase-qvfc)	Nivel 3	KP
Atrofia Muscular Espinal - Oligonucleótido Antisentido De Inclusión Exón - Drugs For Nerves And Muscles		
SPINRAZA (PF) INTRATHECAL SOLUTION 12 MG/5 ML (nusinersen sodium/PF)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Salicilato - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Nivel 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)</i>	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
Relajante Musculo Esquelético Y Comb. De Irritante Tópico Y Antiirritante - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>CYCLOPAK KIT 5 MG-2.5 %- 2.5 % (cyclobenzaprine/lidocaine/prilocaine/glycerin)</i>	Nivel 3	
Relajante Musculo Esquelético, Salicilato, Y Comb. De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG (dantrolene sodium)	Nivel 3	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Sedative-Hypnotic - Antihistamines - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>baclofen intrathecal kit 40,000 mcg/20ml (2,000 mcg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>baclofen intrathecal solution 10,000 mcg/20ml (500 mcg/ml), 20,000 mcg/20ml (1,000 mcg/ml), 40,000 mcg/20ml (2,000 mcg/ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>baclofen intrathecal syringe 50 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	KP
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	Nivel 3	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Chlorzoxazone 500mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Nivel 3	
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Nivel 3	
cyclobenzaprine HCl (Fexmid Oral Tablet 7.5 Mg)	Nivel 3	
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (5 MG/ML) (baclofen)	Nivel 3	PA
GABLOFEN INTRATHECAL SOLUTION 10,000 MCG/20ML (500 MCG/ML), 20,000 MCG/20ML (1,000 MCG/ML), 40,000 MCG/20ML (2,000 MCG/ML) (baclofen)	Nivel 3	KP
GABLOFEN INTRATHECAL SYRINGE 10,000 MCG/20ML (500 MCG/ML), 20,000 MCG/20ML (1,000 MCG/ML), 40,000 MCG/20ML (2,000 MCG/ML), 50 MCG/ML (1 ML) (baclofen)	Nivel 3	KP
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 2,000 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (baclofen)	Nivel 3	KP
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Nivel 3	PA
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>metaxalone oral tablet 640 mg</i>	Nivel 3	
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	
OZOBAX ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (baclofen)	Nivel 3	PA
SOMA ORAL TABLET 250 MG, 350 MG (carisoprodol)	Nivel 3	
methocarbamol (Tanlor Oral Tablet 1,000 Mg)	Nivel 3	
<i>tizanidine oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
carisoprodol (Vanadom Oral Tablet 350 Mg)	Nivel 3	
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG, 4 MG, 6 MG (tizanidine HCl)	Nivel 3	
ZANAFLEX ORAL TABLET 4 MG (tizanidine HCl)	Nivel 3	
Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles		
RILUTEK ORAL TABLET 50 MG (riluzole)	Nivel 3	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 3	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 3	PA
Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 3	PA; KP; QL (3 ML per 180 days)
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Nivel 3	PA; KP; QL (3 ML per 180 days)
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (12.5 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (10 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (10 ML per 180 days)
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Nivel 3	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 3	PA; KP; QL (4 ML per 180 days)
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (8 ML per 180 days)
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (12.5 ML per 180 days)
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Nivel 2	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Nivel 2	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (6 ML per 180 days)
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (7.5 ML per 180 days)
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	PA; KP; QL (7.5 ML per 180 days)
Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Nivel 3	
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG (risdiplam)	Nivel 3	
Soluciones De Preservación De Órganos		
Microplegic Solutions		
<i>microplegic solution no.1 perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Soluciones De Preservación De Órganos - Drugs For The Heart		
Antihypertensive - Fluoroquinolone Vasodilators - Drugs For The Heart		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.16)	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA DEL NIDO-ISOLYT S PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.35)	Nivel 3	KP
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.10)	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/542 ML (POTASSIUM) (cardioplegic no.23 (induction 4:1))	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH PERFUSION SOLUTION 70 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.18 (induction 8:1))	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/415 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.22 (induction 4:1))	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 20 MEQ/810 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.20 (maintenance 4:1))	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/L (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.26 (maintenance 4:1))	Nivel 1	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/477.5 ML (POTASSIUM) (cardioplegic no.21 (reperfusate 4:1))	Nivel 1	KP
CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1 PERFUSION SOLUTION 40 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.33 (warm induction 4:1))	Nivel 3	KP
<i>cardioplegic no.17(induct 4:1) perfusion solution 50 meq/500 ml (potassium)</i>	Nivel 1	KP
<i>cardioplegic no.19 (maint 4:1) perfusion solution 40 meq/l (potassium)</i>	Nivel 1	KP
<i>cardioplegic soln perfusion solution 16 meq/l (= k+)</i>	Nivel 1	KP
<i>cardioplegic solution no.25 perfusion solution 29 mmol/l (potassium)</i>	Nivel 1	KP
PLEGISOL PERFUSION SOLUTION 16 MEQ/L (= K+) (cardioplegic solution no.1)	Nivel 3	KP
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVINO COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulin, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	DME	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 3	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 3	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOLET LITE (lancing device)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 3	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 3	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 3	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 3	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 3	
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 3	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	DME	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies,miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 3	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 3	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Nivel 3	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2" (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig, 60 mL)	Nivel 1	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 3	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 3	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	DME	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 3	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	PV	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X5/16 ", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINER KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 3	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 3	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 3	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 3	
<i>enteral patient assessment</i>	Nivel 3	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 3	PA; KP
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulin, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 3	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 3	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 3	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	DME	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	KP
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	KP
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	KP
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	KP
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	KP
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 3	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 3	
INSUFLOIN INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 3	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
<i>insulin syringe 100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
I-PORT (injection ports)	Nivel 3	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 3	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 3	
IVENIX LVP EPIDURAL SET NRFIT EPIDURAL INFUSION SET (epidural administration set)	Nivel 3	KP
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 3	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 3	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 3	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 3	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 3	
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 3	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 3	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 3	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 3	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 3	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 3	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
nebulizer and compressor device	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 3	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Nivel 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 3	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 3	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Nivel 3	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/L2)	Nivel 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Nivel 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Nivel 2	KP
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/L2 with controller)	Nivel 2	KP
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 2	KP
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 2	KP
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 3	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 3	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 3	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 3	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 3	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 3	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 3	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 3	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 3	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 3	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 3	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 3	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 3	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 3	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 3	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 3	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 3	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 3	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 3	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 3	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 3	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 3	PA
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 3	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 3	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 3	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	DME	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 3	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 3	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 3	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	KP
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 3	KP
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 3	PA
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 3	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 3	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 3	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 3	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Nivel 3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 3	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 3	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 3	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
TWIIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 3	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle InsulinX, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 3	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 3	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 3	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals		
Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Nivel 3	
Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals		
<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min oral tablet 750-551.5-50-30 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam su dip-chondroit-c-mn oral capsule 500-400-66-3 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam-chondr-msm-c-manges oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 3	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Nivel 3	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-chondroitin oral tablet 250-200 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-d3-boswellia serr oral tablet 1,500-400-100 mg-unit-mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Nivel 3	
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/cal borate)	Nivel 3	
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc /brom)	Nivel 3	
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Nivel 3	
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Nivel 3	
Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 3	
Ophthalmic-Intraocular Pressure Reducing Agents, Prostaglandin Analogs - Vitamins And Minerals		
SLEEP TONITE VALERIAN ORAL TABLET 750-100-25 MG (valerian xt/passion flower/hops/chamomile flower/skullcap)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Nivel 3	
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Nivel 3	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 3	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Agentes De Tos Y Resfriado - Vitamins And Minerals		
BABY COUGH ORAL SYRUP 4 GRAM-45 MG- 9 MG/3 ML (agave extract/thyme leaf extract/English ivy extract)	Nivel 3	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 3	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 3	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 3	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Nivel 3	
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Nivel 3	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 3	
EYE HEALTH AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 3	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 3	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 3	
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXANTHIN ORAL CAPSULE 60 MG-13.5 MG- 15 MG-2 MG-6 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVER PROTECT ORAL CAPSULE 200-200-262.5 MG (acetylcysteine/alpha lipoic/milk thistle/selenomethionine)	Nivel 3	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Nivel 3	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 40-1,600 mg-mcg</i>	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral tablet, chewable 10-2 mg</i>	Nivel 3	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Nivel 3	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET, CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
PUREVITA ALPHA LIPOIC ACID ORAL DROPS 1 MG/2 ML (alpha lipoic acid)	Nivel 3	
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 3	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - Laxantes Y Catárticos - Vitamins And Minerals		
HERBAL COLON CLEANSER ORAL CAPSULE 500 MG (cascara/psyllium husk/bentonite/alfalfa/aloe/herbs)	Nivel 3	
Terapia Alternativa - No Clasificado - Vitamins And Minerals		
ACAI BERRY DIET ORAL CAPSULE 250 MG-20 MCG- 80 MG-50 MG (acai berry extract/chromium/green tea/cafeine/enzymes)	Nivel 3	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 3	
ALFA-MAX ALFALFA ORAL CAPSULE 525 MG (alfalfa)	Nivel 3	
AM-PM MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 20-250-100(D)/ 20-200-100MG(N) (black cohosh/green tea/Panax ginseng/valerian/hops/theanine)	Nivel 3	
ARTICHOKE PREMIUM EXTRACT ORAL CAPSULE 150-300 MG (milk thistle seed extract/artichoke leaf extract)	Nivel 3	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Nivel 3	
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT ORAL TABLET,CHEWABLE 62.5 MG (ashwagandha extract)	Nivel 3	
<i>astragalus root oral capsule 470 mg</i>	Nivel 3	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 3	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Nivel 3	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Nivel 3	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Nivel 3	
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Nivel 3	
<i>black cohosh oral capsule 540 mg</i>	Nivel 3	
<i>black walnut hull oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>boswellia serrata extract oral tablet 307 mg</i>	Nivel 3	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) (peppermint oil)	Nivel 3	
BP MANAGER ORAL TABLET 519 MG (hawthorn extract/herbal drugs)	Nivel 3	
BRONCHIAL SOOTHE ORAL SYRUP 43 MG/5 ML (English ivy extract)	Nivel 3	
CALMAID ORAL CAPSULE 80 MG (lavender oil)	Nivel 3	
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Nivel 3	
<i>chamomile flower oral capsule 350 mg</i>	Nivel 3	
<i>chaste tree fruit oral capsule 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>cinnamon bark oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry fruit concentrate oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet,disintegrating 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Nivel 3	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 3	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Nivel 3	
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Nivel 3	
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Nivel 3	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 3	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Nivel 3	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Nivel 3	
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Nivel 3	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 3	
ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Nivel 3	
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Nivel 3	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Nivel 3	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>gamma-aminobutyric acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	
<i>garlic extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Nivel 3	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 3	
GARLICIN CARDIO ORAL TABLET 350 MG (garlic)	Nivel 3	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Nivel 3	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Nivel 3	
GENNAMD ORAL CAPSULE 130 MG (cranberry fruit concentrate)	Nivel 3	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Nivel 3	
<i>ginger root-ginger root ext oral capsule 262.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Nivel 3	
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Nivel 3	
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Nivel 3	
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	Nivel 3	
<i>grape seed extract oral capsule 100 mg</i>	Nivel 3	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Nivel 3	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Nivel 3	
HORNY GOAT WEED PLUS ORAL CAPSULE 250-125 MG (barrenwort/maca extract/herbal drugs)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JOINT COMFORT AND MOVEMENT ORAL CAPSULE 100-500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 3	
KOREAN GINSENG ORAL TABLET 1,000 MG (Panax ginseng root)	Nivel 3	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Nivel 3	
<i>maca oral capsule 525 mg</i>	Nivel 3	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 3	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Nivel 3	
<i>milk thistle oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Nivel 3	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg, 87.5 mg</i>	Nivel 3	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 3	
<i>moringa oleifera oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Nivel 3	
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 3	
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 3	
NRF2 ACTIVATOR ORAL CAPSULE 200-200-50-30 MG (turmeric xt/green tea xt/pterostilbene/broccoli seed xt)	Nivel 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Nivel 3	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Nivel 3	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Nivel 3	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Nivel 3	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Nivel 3	
<i>red beet oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>red beet-sour cherry extract oral tablet, chewable 250-0.5 mg</i>	Nivel 3	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Nivel 3	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Nivel 3	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Nivel 3	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Nivel 3	
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Nivel 3	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg, 585 mg</i>	Nivel 3	
<i>saw palmetto-zinc picolinate oral capsule 450-15 mg</i>	Nivel 3	
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Nivel 3	
SUPER ENERGY HERBAL COMPLEX ORAL TABLET 300-162.5-8 MG (guarana extract/Panax ginseng/alfalfa/herbal drugs)	Nivel 3	
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 3	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>turmeric root extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric root extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric root ext-sour cherry oral capsule 100-1,000 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric root-ginger root ext oral tablet, chewable 150-25 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric-ginger-black pepper oral tablet, chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric-turmeric ext-pepper oral capsule 500-5 mg</i>	Nivel 3	
<i>turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg</i>	Nivel 3	
<i>valerian oral capsule 530 mg</i>	Nivel 3	
<i>valerian root oral capsule 450 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Nivel 3	
<i>vit c-echinacea purpurea xt oral tablet, chewable 75-3 mg</i>	Nivel 3	
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Nivel 3	
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever		
Gota E Hiperuricemia - Combinaciones Antimióticas-Uricosúricas - Gout Drugs		
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Nivel 3	
Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
COLCRYST ORAL TABLET 0.6 MG (colchicine)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Colchicine capsules or tablets within the past 120 days; QL (10 ML per 1 day)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (febuxostat)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ZYLOPRIM ORAL TABLET 100 MG (allopurinol)	Nivel 3	
Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Trastorno Cognitivo		
Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos
PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME
PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System		
Alzheimer's Disease Therapy - Amyloid Directed Monoclonal Antibody - Drugs For Alzheimer's Disease		
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML (lecanemab-irmb)	Nivel 3	KP
Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Nivel 3	PA
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG, 5 MG (donepezil HCl)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EXELON PATCH TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HOUR, 9.5 MG/24 HOUR (rivastigmine)	Nivel 3	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
ZUNVEYL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 MG, 15 MG, 5 MG (benzgalantamine gluconate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Galantamine tablets or Galantamine ER capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Enfermedad De Alzheimer - Antagonistas De Receptores De Nmda - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLETS, DOSE PACK 5-10 MG (memantine HCl)	Nivel 3	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (28 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 7 MG (memantine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System		
Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days
JALYN ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 0.5-0.4 MG (dutasteride/tamsulosin HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days
Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
PROSCAR ORAL TABLET 5 MG (finasteride)	Nivel 3	
Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Nivel 2	
Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate		
AVODART ORAL CAPSULE 0.5 MG (dutasteride)	Nivel 3	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-Ht-2) Antagonists - Drugs For The Urinary System		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
Antacid - Aluminum - Drugs For Infections		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
PYRIDIDIUM ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (phenazopyridine HCl)	Nivel 3	
Antacid - Antacid Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
FLOMAX ORAL CAPSULE 0.4 MG (tamsulosin HCl)	Nivel 3	
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG, 8 MG (silodosin)	Nivel 3	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10 MG (alfuzosin HCl)	Nivel 3	
Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 3	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 3	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Nivel 3	
THIOLA ORAL TABLET 100 MG (tiopronin)	Nivel 3	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 3	
tiopronin (Venxxiva Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 100 Mg, 300 Mg)	Nivel 3	
Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1	
GLYCINE UROLOGIC IRRIGATION SOLUTION 1.5 % (glycine urologic solution)	Nivel 3	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Nivel 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Nivel 3	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacids And Combinations - Drugs For Infections		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 3	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 15 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 3	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Nivel 3	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 500-334 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Nivel 3	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ (1,080 MG) (potassium citrate)	Nivel 3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ (potassium citrate)	Nivel 3	
Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 3	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 3	
Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET 3 GRAM (fosfomycin tromethamine)	Nivel 3	
Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate,monobasic)	Nivel 3	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 3	
Antiespasmódico Urinario - Anticol., Selectivo Muscarínico M(3) (Vejiga) - Drugs For The Bladder		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Nivel 3	
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (solifenacin succinate)	Nivel 3	
Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 3	
Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG (fesoterodine fumarate)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Nivel 3	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 3	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sodium phosphate/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 3	
Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	Nivel 1	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MG, 500 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 3	
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
REVELA ORAL POWDER IN PACKET 0.8 GRAM, 2.4 GRAM (sevelamer carbonate)	Nivel 3	
REVELA ORAL TABLET 800 MG (sevelamer carbonate)	Nivel 3	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Nivel 3	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (tolvaptan)	Nivel 3	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg</i>	Nivel 3	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 30 mg</i>	Nivel 3	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i>	Nivel 3	PA
Enlaces De Fosfato - Con Base De Hierro - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Oxalosis Agent - Oxalate Inhibitor, Small Interfering Rna Directed - Drugs For The Urinary System		
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) (nedosiran sodium)	Nivel 3	KP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Nivel 3	KP
Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (mirabegron)	Nivel 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate		
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Trastorno Alimentario		
Anti-Obesity - Dual GIP And GLP-1 Receptor Agonists		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 2	PA; KP; QL (2 ML per 28 days)
Treatment Of Hyperphagia In Prader-Willi Syndrome (PWS)		
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 25 MG, 75 MG (diazoxide choline)	Nivel 3	PA
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders		
Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Megestrol Acetate within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 3	QL (60 ML per 30 days)
Influenza-A Agent Combinations - Drugs For Eating Disorders		
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML (semaglutide)	Nivel 2	PA; KP; QL (2 ML per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML (semaglutide)	Nivel 2	PA; KP; QL (3 ML per 28 days)
Thyroid Therapy		
Metabolic Modifier - Neimann Pick Disease Type C (Npc)		
AQNEURSA ORAL GRANULES IN PACKET 1 GRAM (levacetylleucine)	Nivel 3	PA
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG (arimoclomol citrate)	Nivel 3	PA
Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos
PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME
PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism		
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Cofactor De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Nivel 3	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Nivel 3	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 3	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 3	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Nivel 3	
SEPHIENCE ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 250 MG (sepiapterin)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Liasa De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz)	Nivel 3	PA; KP
Agentes De Tratamiento De Hiperparatiroides - De Tipo Análogo De Vitamina D - Drugs That Alter Metabolism		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 3	
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG (paricalcitol)	Nivel 3	
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) - Drugs That Alter Metabolism		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 3	PA
Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Nivel 3	PA
VIJOICE ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG (alpelisib)	Nivel 3	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Activador De Carbamil Fosfato Sintetasa 1 (Cps 1) - Drugs That Alter Metabolism		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	Nivel 3	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism		
BUPHENYL ORAL POWDER 0.94 GRAM/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BUPHENYL ORAL TABLET 500 MG (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	Nivel 3	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism		
HARLIKU ORAL TABLET 2 MG (nitisinone)	Nivel 3	PA
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	Nivel 3	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 3	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 3	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Enfermedad De Gaucher, Tipo 1, Tx De Reducción De Sustrato - Drugs That Alter Metabolism		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (eliglustat tartrate)	Nivel 3	
miglustat oral capsule 100 mg	Nivel 3	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 3	PA
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG (miglustat)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Nsaid Analgesic, Cyclooxygenase-2 (Cox-2) Selective Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (cobicistat)	Nivel 2	
Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Nivel 3	PA
Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Nivel 3	PA
Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 3	PA
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/SCOOP (betaine)	Nivel 3	PA
Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Nivel 3	
CARNITOR ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine (with sugar))	Nivel 3	
CARNITOR ORAL TABLET 330 MG (levocarnitine)	Nivel 3	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitamins - E		
Ophthalmic - Adrenergic-Carbonic Anhydrase Inhib-Prostaglandin Analog		
<i>brimonidine-dorzol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Ophthalmic - Trpm8 Agonist		
TRYPTYR OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.003 % (acoltremon)	Nivel 3	PA
Ophthalmic Antiparasitics		
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Nivel 3	PA
Vitamins - E - Drugs For The Eye		
Anthelmintic Agents Other - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.5-2.5-0.5 % (tropicamide/proparacaine/phenylephrine/ketorolac in water)	Nivel 1	
Antiarrhythmic - Class Iv - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>moxifloxacin-bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin HCl)	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Nivel 1	
OCUFLOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.3 % (ofloxacin)	Nivel 3	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
VIGAMOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (moxifloxacin HCl)	Nivel 3	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Nivel 3	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifúngicos Oftálmico - Tipo Tetraeno Poliénico - Drugs For The Eye		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 3	
Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine-dorzolamide ophthalmic (eye) drops 0.1-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Nivel 2	
Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Nivel 3	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days
B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Beta Blockers Non-Cardiac Select., Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Eye		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 3	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Nivel 3	
Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Nivel 3	
Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Nivel 3	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Nivel 3	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Nivel 1	
MYDCOMBI OPHTHALMIC (EYE) CARTRIDGE 2.5-1 % (phenylephrine HCl/tropicamide)	Nivel 3	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
Lagrimas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Nivel 3	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Cervical Caps - Drugs For The Eye		
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab/needle, initial fill, filter)	Nivel 3	PA; KP
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab)	Nivel 3	PA; KP
Mezclas Antibacteriales Oftálmicas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Nivel 1	
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ACULAR LS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.4 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 3	
ACULAR OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 3	QL (20 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (60 EA per 15 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3.4 ML per 16 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 % (bromfenac sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Nivel 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 30 days)
NEVANAC OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (9 ML per 16 days)
PROLENSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 % (bromfenac sodium)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
Oftálmico - Agentes De Diagnósticos - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Nivel 3	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Nivel 3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ISTALOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS, ONCE DAILY 0.5 % (timolol maleate)	Nivel 3	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.25 %, 0.5 % (timolol maleate/PF)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
Oftálmico - Agentes Para Entrecruzamiento De Colágeno Corneal - Drugs For The Eye		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Nivel 3	
Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Nivel 3	KP
Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Nivel 3	
Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Nivel 1	
cyclopentolate HCl (Cyclogyl Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %, 1 %, 2 %)	Nivel 3	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Nivel 1	
tropicamide (Mydracyl Ophthalmic (Eye) Drops 1 %)	Nivel 3	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.5 % (bepotastine besilate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Nivel 3	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>clobetasol ophthalmic (eye) drops,suspension 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (3.5 ML per 14 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Nivel 3	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (difluprednate)	Nivel 3	QL (10 ML per 14 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone)	Nivel 3	QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	QL (10 GM per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 3	QL (20 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (prednisolone acetate)	Nivel 3	QL (20 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Nivel 3	ST: At least 2 prior prescriptions for Cyclosporine/Restasis, Miebo, Tyrvaya, or Xiidra within the past 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Nivel 1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 2	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 3	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Nivel 3	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timol-brimon-dorzol-bimato(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %-0.15 %- 2 %-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimon-dorzol-bimatop ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimonidine-dorzolamid ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-dorzolam-bimatopro(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-dorzolamide-bimatopros ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Comb Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 % (sulfacetamide sodium/prednisolone acetate)	Nivel 2	
MAXITROL OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 3.5MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1 % (neomycin/polymyxin B sulfate/dexamethasone)	Nivel 3	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.6 % (gentamicin sulfate/prednisolone acetate)	Nivel 3	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops within the past 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Nivel 3	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolon-moxiflox-ketorolac ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Nivel 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 % (brimonidine tartrate/timolol maleate)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
COSOPT (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 2-0.5 % (dorzolamide HCl/timolol maleate/PF)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COSOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS 22.3-6.8 MG/ML (dorzolamide HCl/timolol maleate)	Nivel 3	
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Bloqueadores Beta-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.5-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromfenac ophthalmic (eye) drops 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Degeneración Macular, Relacionados Con La Edad, Agentes De Terapia - Drugs For The Eye		
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab/needle, initial fill, filter)	Nivel 3	PA; KP
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab)	Nivel 3	PA; KP
Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye		
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Nivel 1	QL (50 ML per 30 days)
Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)	Nivel 1	
ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)	Nivel 1	
IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE,GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)	Nivel 3	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Inhibidor De Quinasa De Rho Y Combinación De Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (netarsudil mesylate/latanoprost)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Brimonidine 0.2%, Combigan, Lumigan 0.01%, Simbrinza, or Travatan Z within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	Nivel 3	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML per 12 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Nivel 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.004 % (travoprost)	Nivel 3	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Nivel 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.005 % (latanoprost)	Nivel 3	
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
ZIOPTAN (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.0015 % (tafluprost/PF)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Nivel 3	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Combigan, Lumigan 0.01%, Travatan Z, or Simbrinza within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %, 0.15 % (brimonidine tartrate)	Nivel 3	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Nivel 3	
Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Nivel 3	PA
Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1.25 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QLOSI OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.4 % (pilocarpine HCl)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for generic Pilocarpine Ophthalmic solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
VIZZ OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1.44 % (aceclidine HCl)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Nivel 3	QL (10 ML per 30 days)
Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Nivel 3	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Nivel 3	PA
Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 3	
Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos
PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME
PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS..... 617, 752	ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....677, 753	ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....496
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....617, 752	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 641, 754	ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....496
2-IN-1 LANCET DEVICE 641, 752	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS..... 641, 754	ACTIFLOVIT 284
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....641, 752	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....641, 754	ACTI-LANCE LANCETS 642, 754
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....641, 674, 752	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP 677, 754	ACTIMMUNE 1
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT 723, 753	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS 641, 754	<i>activated charcoal</i> 44
A-25 (VIT A PALMITATE)....284	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 641, 754	ACTIVELLA.....454
<i>abacavir</i> 21	ACCUPRIL..... 225	ACTIVNUTRIENTS..... 302
<i>abacavir-lamivudine</i> 18	ACCURETIC.....222	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON)..... 302
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S..... 302	Accutane 582	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE..... 302
ABENOR..... 562	ACCUTREND GLUCOSE CONTROL.....642, 754	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN..... 302
ABENOR HP 562	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS..... 677, 754	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....302
Abigale.....454	ACD SOLUTION A..... 245	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON)..... 303
Abigale Lo.....454	ACD-A..... 245	ACTONEL.....458
ABILIFY 354, 386	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER..... 723, 754	ACTOPLUS MET 450
<i>abiraterone</i> 161, 164	<i>acebutolol</i> 227	ACTOS.....461
Abirtega..... 161, 164	ACESO AG.....495	ACUICYN..... 556
ABLYSINOL.....191	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> 120, 135	ACULAR.....933
ABRYSVO (PF)..... 323	<i>acetaminophen-codeine</i> 141	ACULAR LS.....933
ABSORICA LD..... 582	<i>acetazolamide</i> 193	ACUVAIL (PF)..... 934
ACAI BERRY DIET 900	<i>acetic acid</i> 737, 913	<i>acyclovir</i> 14, 489, 490
<i>acamprosate</i> 347	<i>acetylcysteine</i> 105, 186	ACZONE.....562, 563
ACANYA.....571	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....66	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 327, 328
<i>acarbose</i> 461	ACIDOPHILUS-PECTIN.....54	ADAINZOXIA.....577
ACCOLATE..... 99	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> 67	<i>adalimumab-adaz</i> 62, 111, 142, 143
ACCRUFER.....273	ACIOXIA.....521	ADALINA.....494
ACCUCAINE KIT 145, 521	ACIOXIAY.....562	<i>adapalene</i> 580
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN..... 641, 753	ACIPHEX.....49	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 577
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP 676, 753	ACIPHEX SPRINKLE 50	ADASUVE..... 387
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....641, 753	<i>acitretin</i> 503	ADBRY.....498
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV..... 641, 753	ACTEMRA.....136	ADCIRCA..... 191
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER..... 641, 753	ACTEMRA ACTPEN..... 136	Adderall..... 359, 400, 410
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....641, 753	ACTHAR.....439	ADDERALL XR.....400, 410
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR..... 641, 753	ACTHAR SELFJECT.....439	<i>adefovir</i> 34
	ACTICOAT 7 DRESSING...495	ADEINZDE 574
	ACTICOAT DRESSING.....496	ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....293
		ADEMPAS.....216

ADENO-HYDROXO B12.....	271	ADVOCATE LANCING		Afirmelle.....	168
ADERMICA.....	575	DEVICE.....	642, 755	AFLURIA 2025-2026 (3YR	
ADERMICA HP.....	574	ADVOCATE PEN NEEDLE		UP)(PF).....	334
ADJUSTABLE LANCING		.....	617, 755	AFLURIA 2025-2026 (6MO	
DEVICE.....	642, 755	ADVOCATE REDI-CODE		UP).....	334
ADLARITY.....	908	PLUS.....	642, 678, 755, 756	AFREZZA.....	476
ADMELOG SOLOSTAR U-		ADVOCATE REDI-CODE		AFSTYLA.....	242
100 INSULIN.....	442	PLUS CTRL L.....	642, 756	AFTER PILL.....	165, 167
ADMELOG U-100 INSULIN		ADVOCATE REDI-CODE+		AFTERA.....	165, 167
LISPRO.....	442	CTRL HIGH.....	642, 756	AGAMATRIX AMP TEST	
ADMIRAZOL.....	570	ADVOCATE SYRINGES		STRIPS.....	678, 758
ADMIRAZOL HP.....	570	.....	617, 756	AGAMATRIX CONTROL	
ADTHYZA.....	469	ADYNOVATE.....	242	SOLN-HIGH.....	642, 758
ADULT 50 PLUS EYE		ADZENYS XR-ODT.....	400, 410	AGAMATRIX CONTROL	
HEALTH.....	303, 897	AEROBIKA OSCILLATING		SOLN-NORMAL.....	642, 758
ADULT 50 PLUS		PEP SYSTM.....	723, 756	AGAMATRIX CONTROL	
PROBIOTIC.....	67	AEROCHAMBER		SOLN-NORM-HI.....	642, 758
ADULT ASPIRIN REGIMEN		MECHANICAL VENT..	723, 756	AGAMATRIX JAZZ TEST	
.....	125, 240	AEROCHAMBER MINI	723, 756	STRIPS.....	679, 758
ADULT LOW DOSE		AEROCHAMBER MV..	723, 756	AGAMATRIX JAZZ	
ASPIRIN.....	125, 240	AEROCHAMBER PLUS		WIRELESS 2 MNTR....	642, 758
ADULT MULTIVITAMIN		FLOW-VU.....	723, 756	AGAMATRIX PRESTO	
GUMMIES.....	303	AEROCHAMBER PLUS		SYSTEM.....	642, 758
ADULTS 50 PLUS.....	303	FLOW-VU,L MSK.....	723, 757	AGAMATRIX PRESTO	
ADULTS MULTIVITAMIN....	303	AEROCHAMBER PLUS		TEST STRIPS.....	679, 759
ADVAIR DISKUS.....	107	FLOW-VU,M MSK.....	724, 757	AGAMATRIX ULTRA-THIN	
ADVAIR HFA.....	107	AEROCHAMBER PLUS		LANCET.....	642, 759
ADVANCE PLUS		FLOW-VU,S MSK.....	724, 757	AGAMREE.....	465
INTERMITTENT.....	614, 755	AEROCHAMBER PLUS Z		AGRYLIN.....	249
ADVANCED ALLERGY		STAT.....	724, 757	AIMOVIG AUTOINJECTOR	423
COLLECT KIT.....	526	AEROCHAMBER PLUS Z		AIMSCO LATEX CONDOM	
ADVANCED ALL-IN-ONE		STAT LG MSK.....	724, 757	.....	587, 759
METER.....	642, 755	AEROCHAMBER PLUS Z		AIRDUO RESPICLICK.....	107
ADVANCED GLUC METER		STAT MD MSK.....	724, 757	AIRS ADULT AEROSOL	
TEST STRIP.....	678, 755	AEROCHAMBER PLUS Z		MASK.....	724, 759
ADVANCED GLUCOSE		STAT SM MSK.....	724, 757	AIRS DISPOSABLE	
METER.....	642, 755	AEROCHAMBER Z-STAT		NEBULIZER.....	593, 759
ADVANCED HERBALS		PLUS-FLW SG.....	724, 757	AIRS PEDIATRIC	
GINGER.....	900	AEROCHAMBER2GO.....	724, 757	DISPOSABLE MASK	
ADVANCED LANCING		AEROECLIPSE II		.....	584, 724, 759
DEVICE.....	642, 755	NEBULIZER.....	592, 757	AIRSUPRA.....	108
ADVANCED PROBIOTIC.....	67	AEROECLIPSE XL		AIRZONE PEAK FLOW	
ADVANCED SKIN CARE....	523	NEBULIZER.....	593, 757	METER.....	675, 759
ADVANCED TRAVEL		AERONEB GO.....	724, 757	AJOVY AUTOINJECTOR....	431
LANCETS.....	642, 755	AERONEB GO NEBULIZER		AJOVY SYRINGE.....	431
ADVATE.....	242	.....	593, 757	AKEEGA.....	147
ADVIN COVID-19 AG		AEROTRACH PLUS....	724, 757	AKLIEF.....	580
HOME TEST.....	590, 755	AEROVENT PLUS.....	724, 757	AKTEN (PF).....	937
ADVOCATE LANCET..	642, 755	AFINITOR.....	157	AKYNZEO (NETUPITANT)...	45
		AFINITOR DISPERZ.....	157	Ala-Cort.....	526

ALAMAX CR.....	897	ALIVE PREMIUM		<i>alogliptin-pioglitazone</i>	457
ALAMAX PROTECT.....	898	PRENATAL.....	305	ALOMIRA.....	575
Ala-Scalp.....	526	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		ALOMIRA HP.....	575
<i>albendazole</i>	2	COMPLETE.....	305	ALOMIRA LP.....	575
<i>albuterol sulfate</i>	101, 103	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alosetron</i>	39
Alcaine.....	947	GUMMY.....	305	ALPHA BETIC.....	305
<i>alclometasone</i>	526	ALIVE WOMEN'S ENERGY	305	<i>alpha lipoic acid</i>	898
ALCORTIN A.....	512	ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid-biotin</i>	898
ALDACTONE.....	212, 224	VITAMIN.....	305	ALPHAGAN P.....	950
ALECENSA.....	152	ALIVE WOMEN'S		ALPHANATE.....	243
<i>alendronate</i>	458	MULTIVITAMIN.....	305	ALPHANINE SD.....	246
ALFA-MAX ALFALFA.....	900	ALIVE WOMEN'S ULTRA		<i>alprazolam</i>	389, 414
ALFAMINO JUNIOR.....	299	POTENCY.....	305	ALPRAZOLAM INTENSOL	
ALFERON N.....	545	ALIXI.....	570	.....	389, 414
<i>alfuzosin</i>	912	ALIXI HP.....	570	ALPROLIX.....	246
ALHEMO PEN.....	228	ALKALINE BATTERIES		ALREX.....	939
ALIGN DUALBIOTIC.....	67	.....	643, 759	ALTABAX.....	568
ALINIA.....	2	ALKALOL NASAL WASH.....	97	ALTACAINE.....	947
<i>aliskiren</i>	219	ALKERAN.....	149	ALTACE.....	225
ALIVE ADULT ULTRA		ALKINDI SPRINKLE.....	465	ALTAFLUOR BENOX..	935, 946
POTENCY.....	303	ALL FLOW 1000 KIT ..	724, 759	Altavera (28).....	168
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		ALL FLOW 1000 PFT		ALTERA NEBULIZER	
D3.....	290	FILTER.....	724, 759	HANDSET.....	593, 760
ALIVE COMPLETE		ALL FLOW 3000 KIT ..	724, 759	ALTERA NEBULIZER	
PREMIUM PRENATL.....	303	ALL FLOW 3000 PFT		SYSTEM.....	593, 760
ALIVE DAILY ENERGY.....	303	FILTER.....	724, 759	ALTERNATE SITE LANCET	
ALIVE DIABETIC		ALL FLOW 4000 KIT ..	724, 759	.....	643, 760
MULTIVITAMIN.....	303	ALL FLOW 4000 PFT		ALTERNATE SITE	
ALIVE ENERGY 50 PLUS...	303	FILTER.....	724, 759	LANCING DEVICE.....	643, 760
ALIVE KIDS CHEWABLE....	321	ALL FLOW 5000 KIT ..	724, 759	ALTOPREV.....	197
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN		ALL FLOW 5000 PFT		ALTRENO.....	580
.....	321	FILTER.....	725, 759	ALTRIXA.....	293
ALIVE MAX POTENCY.....	303	ALL FLOW 6000 PFT		ALTRIXA OB.....	280
ALIVE MAX6 POTENCY		FILTER.....	725, 759	ALTUVIIIIO.....	243
COMPLETE.....	304	ALLERGIST TRAY 1/2 ML		<i>alum, ammonium (bulk)</i>	736
ALIVE MEN 50 PLUS		27GX3/8".....	594, 759	ALUNBRIG.....	152
ULTRA-LUTEIN.....	304	ALLERGIST TRAY		ALURIS.....	578
ALIVE MEN'S 50 PLUS		INTRADERMAL BEV ...	594, 760	ALURIS HP.....	577
MULTIVIT.....	304	ALLERGIST TRAY		ALURIS HP PLUS.....	577
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		REGULAR BEVEL.....	594, 760	ALURIS LP.....	578
(VIT K).....	304	ALLERGY SYRINGE...595, 760		ALURIS LP PLUS.....	578
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLEVYN ADHESIVE		ALURIS PLUS.....	578
ULTRA.....	304	DRESSING.....	496, 760	ALUXOF.....	575
ALIVE MEN'S ENERGY.....	304	ALLEVYN AG ADHESIVE...	496	ALUXOF HP.....	575
ALIVE MEN'S GUMMY.....	304	ALLEVYN LIFE DRESSING		ALVAIZ.....	232
ALIVE MEN'S MAX3		.....	496, 760	ALVESCO.....	92
POTENCY.....	304	<i>allopurinol</i>	907	<i>alvimopan</i>	186
ALIVE MEN'S ULTRA		<i>almotriptan malate</i>	427	ALVOX.....	581
POTENCY.....	304	<i>alogliptin</i>	477	ALVOX HP.....	580
ALIVE PREMIUM ADULT....	304	<i>alogliptin-metformin</i>	479	Alyacen 1/35 (28).....	169

Alyacen 7/7/7 (28).....	178	<i>anagrelide</i>	249	AQINJECT PEN NEEDLE	
ALYFTREK.....	100	Analpram-Hc.....	485	.....	617, 760
Alyq.....	191	ANALPRAM-HC.....	485, 555	AQNEURSA.....	924
<i>amantadine hcl</i>	422	ANAPROX DS.....	128	AQUA LANCE LANCING	
AMBIEN.....	382	ANASCORP.....	325	DEVICE.....	643, 760
AMBIEN CR.....	382	ANASPAZ.....	47, 916	AQUASTAT 0.9% SODIUM	
<i>ambrisentan</i>	217	ANASTIA.....	509	CHLORIDE.....	287
<i>amcinonide</i>	527	<i>anastrozole</i>	164	AQUASTAT SFR 0.9%	
AMELUZ.....	509	ANCOBON.....	15	SODIUM CHLOR.....	287
Amethia.....	181	ANDEMBRY		AQUORAL.....	340
Amethyst (28).....	169	AUTOINJECTOR.....	188	ARAKODA.....	16
AMICAR.....	238	ANDROGEL.....	446	ARALAST NP.....	103
AMIELLE VAGINAL		ANGELIQ.....	477	Aranelle (28).....	178
TRAINER.....	584, 760	ANNOVERA.....	166	ARANESP (IN	
<i>amiloride</i>	204	ANODYNE LPT.....	568	POLYSORBATE).....	234
<i>amiloride-</i>		ANORO ELLIPTA.....	106	ARAVA.....	137
<i>hydrochlorothiazide</i>	211	<i>anticoag citrate phos</i>		ARAZLO.....	581
<i>aminocaproic acid</i>	238	<i>dextrose</i>	245	ARBLI.....	195
<i>amiodarone</i>	195	ANTIOXIDANT FORMULA		ARCALYST.....	131
AMITIZA.....	39, 64	(SELENIUM).....	305, 898	ARESTIN.....	340
<i>amitriptyline</i>	396	ANUCORT-HC.....	484	AREXVY (PF).....	323
<i>amitriptyline-</i>		ANUSOL-HC.....	484	<i>arformoterol</i>	101
<i>chlordiazepoxide</i>	377, 389	Anusol-Hc.....	484, 527	<i>arginine (l-arginine)</i>	252
AMLACTIN.....	525	ANZUPGO.....	498	<i>arginine hcl (l-arginine)</i>	252
<i>amlodipine</i>	207	APADAZ.....	120	ARGYLE TRACHEOSTOMY	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	217	Apexicon E.....	527	CARE TRAY.....	584, 760
<i>amlodipine-benazepril</i>	221	APEXOL.....	571	ARICEPT.....	908
<i>amlodipine-olmesartan</i>	219	APEXOL HP.....	571	ARIKAYCE.....	5
<i>amlodipine-valsartan</i>	219	APHORIA.....	578	ARIMIDEX.....	164
<i>amlodipine-valsartan-</i>		APIDRA SOLOSTAR U-100		<i>aripiprazole</i>	354, 386
<i>hcthiazid</i>	205	INSULIN.....	442	ARIXTRA.....	241
<i>ammonium lactate</i>	525	APIDRA U-100 INSULIN....	442	<i>armodafinil</i>	358, 359
Amnesteem.....	582	APLENZIN.....	378	ARMOUR THYROID.....	470
<i>amoxapine</i>	396	APLIGRAF.....	570	ARNUITY ELLIPTA.....	92
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		APOGEE IC INTERMIT		AROMASIN.....	164
<i>lansopraz</i>	54	CATHETER.....	614, 760	ARTHROTEC 50.....	124
<i>amoxicillin</i>	4	APOGEE PLUS INTERMITT		ARTHROTEC 75.....	124
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	6	CATHETER.....	614, 760	ARTICHOKE PREMIUM	
<i>amphetamine</i>	400, 410	APOKYN.....	422	EXTRACT.....	900
<i>amphetamine sulfate</i>		<i>apomorphine</i>	422	ARTILIS.....	572
.....	359, 380, 400	APORIX.....	563, 570	ARTILIS HP.....	571
<i>ampicillin</i>	4	<i>apraclonidine</i>	950	ARTISS.....	500
AM-PM MENOPAUSE		<i>aprepitant</i>	41	Ascomp With Codeine.....	141
FORMULA.....	900	APRETUDE.....	22	ASCOR.....	279
AMPYRA.....	481	Apri.....	169	<i>ascorbate sodium (vitamin c)</i>	
AMVISC.....	936	APRISO.....	36	.....	279
AMVISC PLUS.....	936	APTENSIO XR.....	400	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	279
AMZEEQ.....	563	APTIOM.....	368	<i>ascorbic acid(vitamin</i>	
ANACAINE.....	526	APTIVUS.....	29	<i>c)(bulk)</i>	279, 736
ANAFRANIL.....	396				

<i>ascorbic acid-ascorbate sodium</i>	279	ATACAND HCT.....	208	AUTOLET LITE.....	643, 763
<i>ascorbic acid-zinc oxide</i>	279	<i>atazanavir</i>	29	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS.....	618, 763
<i>asenapine maleate</i>	354, 384	ATELVIA.....	458	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS.....	618, 763
Ashlyna.....	181	<i>atenolol</i>	210	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	618, 763
<i>ashwagandha extract</i>	900	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	204	AUTOSOFT 30.....	720, 763
<i>ashwagandha root extract</i> ...	900	ATIVAN.....	390, 414	AUTOSOFT 90.....	720, 763
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT.....	900	<i>atomoxetine</i>	433	AUTOSOFT XC INFUSION SET 23".....	720, 763
ASMANEX HFA.....	92	ATORVALIQ.....	197	AUTOSOFT XC INFUSION SET 32".....	720, 763
ASMANEX TWISTHALER.....	92	<i>atorvastatin</i>	197	AUTOSOFT XC INFUSION SET 43".....	720, 763
<i>aspirin</i>	126, 240	<i>atovaquone</i>	31	AUVELITY.....	380
ASPIRIN CHILDRENS.....	126, 240	<i>atovaquone-proguanil</i>	27	AUVI-Q.....	226
<i>aspirin-dipyridamole</i>	249	ATRALIN.....	581	AVALIDE.....	209
ASPRUZYO SPRINKLE.....	219	ATRAPRO CP.....	545	AVAPRO.....	196
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	643, 760	ATRAPRO DERMAL SPRAY.....	494, 739	AVAR.....	572
ASSURE 4 STRIPS.....	679, 761	ATRAPRO HYDROGEL.....	546	AVAR LS.....	572
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL.....	643, 761	ATROPEN.....	193	AVEIDA.....	551
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL.....	643, 761	<i>atropine</i>	937	AVEIDAOXIA.....	552
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	617, 761	<i>atropine sulfate (pf)</i>	937	AVENOVA.....	556
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	617, 761	ATROVENT HFA.....	90	AVERI.....	169
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	617, 761	ATTRUBY.....	437	Aviane.....	169
ASSURE LANCE.....	643, 761	AUBAGIO.....	481	AVIDORA.....	575
ASSURE LANCE PLUS.....	643, 761	Aubra.....	169	AVIDORA HP.....	575
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER.....	643, 761	Aubra Eq.....	169	Avidoxy.....	7
ASSURE PLATINUM TEST STRIP.....	680, 762	AUGMENTIN.....	6	AVIDOXY DK.....	25
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN.....	643, 762	AUGMENTIN ES-600.....	6	AVITA.....	581
ASSURE PRISM MULTI METER.....	643, 762	AUGMENTIN XR.....	6	AVITENE.....	229
ASSURE PRISM MULTI STRIP.....	680, 762	AUGTYRO.....	154	AVITENE FLOUR.....	229
ASTAGRAF XL.....	348	AUGUSTIL.....	575	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	147
ASTERO.....	509	AURA PORTANEB.....	593, 762	AVO CREAM.....	546
ASTHMA CHECK METER.....	675, 762	<i>auranofin</i>	138	AVODART.....	911
ASTHMAPACK CHILDREN'S.....	675, 762	Aurovela 1.5/30 (21).....	169	AVONEX.....	481, 482
<i>astragalus root</i>	900	Aurovela 1/20 (21).....	169	AWANIS.....	575
ASTRINGYN.....	229	Aurovela 24 Fe.....	169	Ayuna.....	169
ATACAND.....	195	Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	169	AYVAKIT.....	154
		Aurovela Fe 1-20 (28).....	169	AZALTA.....	578
		AURUMHEEL.....	343	AZALTA HP.....	578
		AURYXIA.....	273, 919, 921	Azasan.....	131, 349
		AUSTEDO.....	425, 432, 433	AZASITE.....	930
		AUSTEDO XR.....	425, 432, 433	<i>azathioprine</i>	131, 349
		AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	425, 432, 433	<i>azelaic acid</i>	552, 563
		AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE.....	617, 762	<i>azelastine</i>	97, 938
		AUTO-LANCET MINI.....	643, 762	<i>azelastine-fluticasone</i>	86
		AUTOLET IMPRESSION LANC DEV.....	643, 762	AZELEX.....	552, 563
		AUTOLET LANCING DEVICE.....	643, 762	AZESCO.....	280

AZILECT.....	392	BAQSIMI.....	438	BD POSIFLUSH NORMAL	
<i>azithromycin</i>	12	BARACLUDE.....	33	SALINE 0.9.....	287
AZO BORIC ACID.....	741	BARIATRIC		BD PRECISIONGLIDE	597, 765
AZO COMPLETE		MULTIVITAMINS.....	305	BD SAFETYGLIDE	
FEMININE BALANCE.....	67	BARRIGEL.....	675	ALLERGIST TRAY.....	597, 766
AZO CRANBERRY PLUS		BASADROX.....	512	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
PROBIOTIC.....	901	BASAGLAR KWIKPEN U-		SYRINGE.....	618, 766
AZO CRANBERRY PLUS		100 INSULIN.....	441	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	
VIT C.....	901	BASAGLAR TEMPO		.....	597, 766
AZO DUAL PROTECTION....	67	PEN(U-100)INSLN.....	441	BD SAFETYGLIDE	
AZO MENOPAUSE NIGHT-		BATIZIA.....	512	SHIELDING REG.....	597, 766
MELATONIN.....	417	BAXDELA.....	6	BD SAFETYGLIDE	
AZO VAGINAL HEALTH		BAXONIL.....	552	SYRINGE.....	597, 618, 766
PROBIOTIC.....	67	BAYER ASPIRIN.....	126, 240	BD SAFETYGLIDE TB REG	
AZOPT.....	948	BAYER LOW DOSE		BEVEL.....	597, 766
AZOR.....	219	ASPIRIN.....	126, 240	BD SAFETYGLIDE	
AZSTARYS.....	401	B-COMPLEX INJECTION...	321	TUBERCULIN.....	597, 766
AZULFIDINE.....	36, 137	B-COMPLEX PLUS B-12....	319	BD SAF-T-INTIMA.....	594, 767
AZULFIDINE EN-TABS.	36, 137	<i>b-complex with vitamin c</i>	250	BD SLIP TIP SYRINGE	
Azurette (28).....	181	BD ALLERGIST TRAY REG		.....	597, 598, 767
B ACTIV.....	249	BEVEL.....	595, 763	B-D SLIP TIP SYRINGE	
B COMPLEX 100.....	320	BD ALLERGY SYRINGE		.....	598, 767
<i>b complex-vitamin c-folic</i>		.....	595, 763	BD SPECIALTY USE	
<i>acid</i>	249	BD BLUNT PLASTIC		NEEDLES.....	598, 767
B-100 COMPLEX.....	249	CANNULA.....	595, 763	BD SYRINGE.....	599, 768
B12.....	271	BD BULK SYRINGE SLIP		BD SYRINGE CATH TIP	
B12 ACTIVE.....	271	TIP.....	595, 763	NONSTERILE.....	598, 767
B-50 COMPLEX WITH		BD ECCENTRIC TIP		BD SYRINGE CATHETER	
INOSITOL.....	250	SYRINGE.....	595, 764	TIP.....	598, 767
BABY COUGH.....	897	BD ECLIPSE LUER-LOK		BD SYRINGE LUER-LOK	
BABY COUGH-MUCUS.....	897	.....	595, 618, 764	NONSTERILE.....	598, 767
BACICAP.....	67	BD FILTER NEEDLE-5		BD SYRINGE LUER-LOK	
BACID WITH		MICRON.....	595, 764	STERILE.....	598, 767, 768
LACTOSPORE.....	67	BD INSYTE AUTOGUARD		BD SYRINGE SLIP TIP	
<i>bacitracin</i>	930	.....	594, 764	NONSTERILE.....	598, 599, 768
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	933	BD INTEGRA SYRINGE		BD SYRINGE-DUAL	
<i>baclofen</i>	747	.....	595, 596, 764	CANNULA.....	599, 768
BACTRIM.....	4	BD INTERLINK BLUNT		BD TUBERCULIN SLIP-TIP	
BACTRIM DS.....	4	PLASTIC CAN.....	596, 764	.....	599, 768
BAFIERTAM.....	483	BD INTERLINK SYRINGE		BD TUBERCULIN SYRINGE	
BAL-CARE DHA.....	254	.....	596, 764	.....	599, 768
BAL-CARE DHA		BD LUER-LOK BULK		BD VERITOR SARS-COV-2,	
ESSENTIAL.....	253	SYRINGE.....	596, 764	FLU A-B.....	590, 768
BALCOLTRA.....	169	BD LUER-LOK SYRINGE		BD VERITOR SYSTEM	
<i>balsalazide</i>	37	.....	596, 597, 764, 765	SARS-COV-2.....	590, 768
<i>balsam peru-castor oil</i>	493	BD LUER-LOK TIP		BEANAID.....	44
BALVERSA.....	151	CONTROL SYRING....	597, 765	BEANO.....	44
Balziva (28).....	170	BD MICROTAINER		BELBUCA.....	139
BANATROL PLUS.....	84	LANCET.....	643, 765		
BANZEL.....	373, 374				

<i>belladonna alkaloids-opium</i>	43, 45	BEST FIBER.....	55	BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
BELSOMRA.....	389	<i>beta carotene</i>	284	TOUJEOMX.....	585, 769
<i>benazepril</i>	225	BETADINE OPHTHALMIC		BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
<i>benazepril-</i>		PREP.....	931	TRESIBA.....	585, 769
<i>hydrochlorothiazide</i>	222	<i>betaine</i>	928	BIJUVA.....	454
BENEFIBER (INULIN-CORN		BETALOAN SUK.....	457	BIKTARVY.....	30
FIBER).....	55	<i>betamethasone dipropionate</i>		BILAC.....	68
BENEFIBER (WHEAT		.....	527	BILTRICIDE.....	2
DEXTRIN).....	55	<i>betamethasone valerate</i>	527	<i>bimatoprost</i>	948
BENEFIBER ADVANCED.....	67	<i>betamethasone, augmented</i>	528	BIMZELX.....	492
BENEFIBER CLEAR SF		BETAPACE.....	216, 220	BIMZELX AUTOINJECTOR	492
(DEXTRIN).....	55	BETAPACE AF.....	216, 220	BINAXNOW COVD AG	
BENEFIBER DUAL ACTION.	67	BETASERON.....	482	CARD HOME TST.....	590, 769
BENEFIBER DUAL		<i>betaxolol</i>	210, 935	BINAXNOW COVID-19 AG	
ACTION-THEANINE.....	68	<i>bethanechol chloride</i>	923	CARD.....	590, 769
BENEFIBER SUGAR FREE		BETHKIS.....	99	BINAXNOW COVID-19 AG	
(DEXTRIN).....	55	BETIMOL.....	936	SELF TEST.....	590, 770
BENEFIBER SUGAR FREE		BETOPTIC S.....	936	BINOSTO.....	459
(INULIN).....	55	BEVESPI AEROSPHERE...	107	BIO C 1:1.....	284
BENEFIX.....	246	BEVITROL.....	65	BIOLON.....	937
<i>benfotiamine</i>	279	<i>bexarotene</i>	163, 509	BIOLYTE.....	288
BENICAR.....	196	BEXSERO.....	332	BIOMEPRO.....	68
BENICAR HCT.....	209	BEYAZ.....	170	BIONIME RIGHTEST	
BENLYSTA.....	138	BEYFORTUS.....	323	GM300 SYSTEM.....	644, 770
BENTIVITE BX.....	275	<i>bicalutamide</i>	164	BIONIME RIGHTEST TEST	
BENZAMYCIN.....	572	BIDIL.....	210	STRIPS.....	680, 770
BENZEPRO.....	579	BIGFOOT UNITY.....	644, 768	BIOPETIT.....	250
BENZEPRO		BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOSTEP.....	496, 770
(MICROSPHERES).....	579	ADMELOG.....	584, 768	BIOSTEP AG.....	496
<i>benzhydrocodone-</i>		BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOTEL CARE BGM-4	
<i>acetaminophen</i>	121	APIDRA.....	584, 769	METER.....	644, 770
<i>benznidazole</i>	30	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>biotin</i>	283
BENZODOX 30.....	26	ASPART.....	584, 769	BIOTINEX.....	68
BENZODOX 60.....	26	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOZEN.....	68
<i>benzoin (bulk)</i>	550, 736	BASAGLAR.....	585, 769	<i>bismuth subcit k-metronidz-</i>	
<i>benzonatate</i>	90	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>tcn</i>	53
<i>benzoyl peroxide</i>	579	FIASP.....	585, 769	<i>bisoprolol fumarate</i>	210
<i>benztropine</i>	425	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bisoprolol-</i>	
<i>bepotastine besilate</i>	938	HUMALOG.....	585, 769	<i>hydrochlorothiazide</i>	204
BEPREVE.....	938	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bitter melon extract</i>	901
<i>berberine chloride</i>	5	LANTUS.....	585, 769	<i>black cohosh</i>	901
BERBERINE ES-5.....	5	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>black walnut hull</i>	901
BERGACOR.....	901	LISPRO.....	585, 769	BLANCHE.....	503
BERGACOR PLUS.....	901	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BLEPHAMIDE S.O.P.....	944
BERINERT.....	231	LYUMJEV.....	585, 769	Blisovi 24 Fe.....	170
Beser.....	527	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	170
BESER KIT.....	524	NOVOLOG.....	585, 769	Blisovi Fe 1/20 (28).....	170
BESIVANCE.....	930	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>blood glucose contrl</i>	
BESREMI.....	158	TOUJEO.....	585, 769	<i>hi,normal</i>	644, 770

<i>blood glucose control, normal</i>	644, 770	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD	725, 772	<i>buprenorphine hcl</i> 139, 140, 346	
BLOOD GLUCOSE MONITORING	644, 770	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	725, 772	<i>buprenorphine-naloxone</i>	346
BLOOD GLUCOSE TEST	681, 770	BREATHERITE VALVED MDI SPACER	725, 772	<i>bupropion hcl</i>	378, 379
<i>blood-glucose meter</i>	644, 770	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW	644, 772	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	346
BLULINK BG SYSTEM REFILL	644, 771	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML	644, 772	<i>buspirone</i>	399
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	644, 771	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH	644, 772	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	141
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	644, 771	BRENZAVVY	448	<i>butalbital-acetaminophen</i>	138, 139
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	681, 771	BREO ELLIPTA	108	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	139
<i>blunt needle, disposable</i>	599, 771	BREXAFEMME	14	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	135
BONEUP	265	Breyna	108	<i>butorphanol</i>	140
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE)	265	BREZTRI AEROSPHERE	94	BUTRANS	140
BONJESTA	64	Briellyn	170	BUTTERFLY TOUCH LANCET	645, 772
BONSITY	437	BRILINTA	239	<i>butylated hydroxytoluene</i>	734
BOOST GLUCOSE CONTROL	299	<i>brimonidine</i>	552, 950	BYDUREON BCISE	451
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	306	<i>brimonidine-dorzolamide</i>	931	BYLVAY	109
BOOSTRIX TDAP	328	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i>	931	BYSTOLIC	210
BORON COMPLEX	293	<i>brimonidine-dorzol-</i> <i>bimatoprost</i>	929	<i>cabergoline</i>	473
<i>bosentan</i>	217	<i>brimonidine-timolol</i>	945	CABLIVI	231
BOSULIF	154	BRINSUPRI	85	CABOMETYX	163
<i>boswellia serrata extract</i>	901	<i>brinzolamide</i>	948	CABTREO	575
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL	901	BRIVIACT	411	<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor</i>	265
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T	589, 771	Bromfed Dm	91	<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor</i>	265
BP 10-1	572	<i>bromfenac</i>	934	CADEAU DHA	254
BP MANAGER	901	<i>bromocriptine</i>	423	CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT	674
BPCO	493	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i>	91	CADUET	217
BPO	579	BROMSITE	934	<i>caffeine</i>	412
BRAFTOVI	156	BRONCHIAL SOOTHE	901	<i>caffeine citrate</i>	412
BREATHERITE MDI SPACER	725, 771	BRONCHITOL	85	<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc</i>	265
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO	725, 771	BROVANA	101	<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan</i>	265
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT	725, 771	BRUKINSA	148, 154	<i>calcipotriene</i>	505, 506
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD	725, 772	BRYHALI	505, 528	<i>calcipotriene-betamethasone</i>	560
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT	725, 772	BUCAPSOL	399	<i>calcitonin (salmon)</i>	460
		<i>budesonide</i>	66, 92	<i>calcitriol</i>	251, 506, 925
		<i>budesonide-formoterol</i>	108	<i>calcium acetate</i>	264
		BUFFERED C POWDER....	279	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	912, 919
		BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	645, 772	<i>calcium carb, citrate, malate</i>	264
		<i>bumetanide</i>	193	<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox</i>	265
		BUPHENYL	926, 927		
		<i>bupivacaine in nacl(pf)</i>	145		
		<i>buprenorphine</i>	140		

<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf</i>	265	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	222	CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE.....	599, 772
<i>calcium carbonate</i>	264	CAPVAXIVE.....	325	CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	599, 773
<i>calcium carbonate-vitamin d3</i>	290, 291	CARAC.....	556	CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE.....	599, 773
<i>calcium citrate</i>	264	CARAFATE.....	84	CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL.....	599, 773
<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	291	CARBAGLU.....	926	CAREPOINT PRECISION LUER LOCK.....	599, 773
<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>	265	<i>carbamazepine</i>	356, 368	CAREPOINT PRECISION NEEDLE.....	600, 773
<i>calcium pantothenate</i>	278	CARBATROL.....	356, 368	CAREPOINT PRECISION SAFETY.....	600, 773
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc</i>	265	<i>carbidopa</i>	423	CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE.....	600, 773
<i>calcium phosphate-vitamin d3</i>	291	<i>carbidopa-levodopa</i>	420	CARESENS CONTROL A AND B.....	645, 773
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan</i>	265	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	383	CARESENS LANCETS.....	645, 773
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i>	265	<i>carbinoxamine maleate</i>	87, 88, 94, 95	CARESENS N.....	645, 773
CALMAID.....	901	Carbzah.....	88, 95	CARESENS N FELIZ BT GLUC METER.....	645, 773
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	148, 154	CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA.....	751	CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER.....	645, 773
CALTRATE 600 PLUS D.....	291	CARDIOPLEGIA DEL NIDO-ISOLYT S.....	751	CARESENS N PLUS BT.....	645, 773
CALTRATE GUMMY BITES.....	291	CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM.....	751	CARESENS N TEST STRIPS.....	681, 774
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS.....	266	CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT.....	751	CARESENS N VOICE.....	645, 774
Camila.....	168	CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH.....	751	CARESTART COVID-19 AG HOME TST.....	591, 774
CAMRESE.....	181	CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1.....	751	CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3.....	645, 774
CAMRESE LO.....	181	CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1.....	751	CARETOUCH GLUCOSE MONITORING.....	645, 774
CAMZYOS.....	210	CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1.....	752	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	618, 619, 774
CANASA.....	37	CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1.....	752	CARETOUCH LANCING DEVICE.....	645, 774
<i>candesartan</i>	196	<i>cardioplegic no.17(induct 4:1)</i>	752	CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE.....	600, 774, 775
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	209	<i>cardioplegic no.19 (maint 4:1)</i>	752	CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	600, 775
CANDICIDAL.....	901	<i>cardioplegic soln</i>	752	CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE.....	600, 775
<i>cantharidin in acetone</i>	500	<i>cardioplegic solution no.25</i> ..	752	CARETOUCH PEN NEEDLE.....	619, 775
CANTHARIS COMPOSITUM.....	343	CARDIZEM.....	206	CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	645, 775
<i>capecitabine</i>	150	CARDIZEM CD.....	205		
CAPEX.....	528	CARDIZEM LA.....	206		
CAPHOSOL.....	340	CARDURA.....	226		
CAPLYTA.....	387	CARDURA XL.....	226		
CAPRELSA.....	154	CAREFINE PEN NEEDLE.....	618, 772		
CAPSFENAC PAK.....	565	CAREONE LANCING DEVICE.....	645, 772		
CAPSINAC.....	565	CAREONE ULTRA THIN LANCET.....	645, 772		
CAPSUBLEND-H.....	735				
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE).....	734				
<i>captopril</i>	225				

CARETOUCH TEST STRIP 682, 775	CENTRUM CHEWABLES... 306	CERAVE SA..... 558
CARETOUCH TWIST	CENTRUM KIDS	CERAVE SA (WITH
LANCET 645, 775	MULTIGUMMY 321	NIACINAMIDE).....558
<i>carglumic acid</i> 926	CENTRUM MENOPAUSE	CERDELGA.....927
<i>carisoprodol</i> 747	MULTIVITAMIN..... 306	CERTAVITE SENIOR.....308
<i>carisoprodol-aspirin</i> 746	CENTRUM MINIS ADULTS	CERTAVITE-ANTIOXIDANT
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i> 746	50 PLUS..... 306	293
CARNITEX..... 282	CENTRUM MINIS MEN 50	CERVIDIL..... 460
CARNITOR.....928	PLUS..... 306	CETACAINE..... 568
CARNITOR (SUGAR-FREE)	CENTRUM MINIS WOMEN	CETAPHIL GENTLE SKIN
.....928	50 PLUS..... 306	CLEANSER..... 558
CAROSPIR.....212, 224	CENTRUM MULTI MENTAL	<i>cetirizine</i> 89, 104
CARRASYN HYDROGEL	FOCUS..... 306	CETRAXAL.....737
WOUND DRESS..... 496, 776	CENTRUM MULTI PLUS	<i>cetorelix</i> 477
<i>carteolol</i> 936	BEAUTY..... 306	CETROTIDE.....477
Cartia Xt.....206	CENTRUM MULTI PLUS	<i>cevimeline</i> 338
<i>carvedilol</i> 208	OMEGA-3..... 307	<i>chamomile flower</i> 901
<i>carvedilol phosphate</i> 208	CENTRUM	Charlotte 24 Fe..... 170
<i>cascara sagrada</i> 83	MULTIGUMMIES MEN.....307	<i>chaste tree fruit</i> 901
CASODEX..... 164	CENTRUM	Chateal Eq (28)..... 170
CATAPRES-TTS-1..... 192	MULTIGUMMIES WOMEN. 307	CHEMET..... 185
CATAPRES-TTS-2..... 192	CENTRUM POSTNATAL.... 307	CHEMSTRIP BG LOG
CATAPRES-TTS-3..... 192	CENTRUM PRENATAL.....307	BOOK..... 645, 776
CAYA CONTOURED...588, 776	CENTRUM SILVER.....307	CHENODAL.....40, 109
CAYSTON..... 100	CENTRUM WOMEN..... 293	CHEST RUB (WITH PINE
Caziant (28)..... 178	CENTRUM WOMEN	OIL).....562
<i>cefaclor</i> 23	IMMUNE MINIS..... 307	CHILD PROBIOTIC
<i>cefadroxil</i> 23	CENTURY..... 293	DIGEST-IMMUNE..... 68
CEFALY.....585, 776	CENTURY ADULT	CHILDREN'S ASPIRIN 126, 240
<i>cefdinir</i> 23	FORMULA..... 307	CHILDRENS CHEWABLE
<i>cefixime</i> 23, 24	CENTURY MATURE..... 307	PROBIOTIC..... 68
<i>cefpodoxime</i> 24	<i>cephalexin</i> 23	CHILDREN'S DAILY
<i>cefprozil</i> 23	CEQUA.....942	PROBIOTIC..... 68
<i>cefuroxime axetil</i> 23	CEQUR SIMPLICITY...670, 776	CHILDRENS FIBER
CELACYN.....546, 732	CEQUR SIMPLICITY	GUMMY BEAR..... 55
CELEBREX..... 125	INSERTER..... 645, 776	CHILDREN'S MELATONIN. 419
<i>celecoxib</i> 125	CERACADE.....546	CHILDREN'S
CELEXA..... 415	CERAMAX.....546	MULTIVITAMIN..... 268, 321
CELLCEPT..... 131, 349, 350	<i>ceramides 1,3,6-ii</i> 557	CHILDREN'S
CELLPAD..... 732, 776	CERASPORT ENDURANCE	MULTIVITAMIN GUMMY.... 321
<i>cellulose (bulk)</i> 735	288	CHILDREN'S PROBIOTIC.... 68
CELONTIN..... 379	CERASPORT EX1..... 288	CHILDREN'S SLEEP
CEM-UREA..... 500	CERASPORT PLUS.....289	(MELATONIN)..... 419
CENTANY..... 512	CERAVE.....558	CHLOHUX..... 521
CENTANY AT.....512	CERAVE AM..... 550	CHLOOXIA..... 521, 522
CENTRUM.....293, 307	CERAVE DAILY	<i>chlordiazepoxide hcl</i> 390, 414
CENTRUM ADULT 50 PLUS	MOISTURIZING..... 557	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>
.....306	CERAVE FOAMING FACIAL	43, 45, 390
CENTRUM ADULTS..... 306	557	<i>chlorhexidine gluconate</i> 340
	CERAVE PM..... 557	<i>chloroquine phosphate</i> 16

<i>chlorpromazine</i>	387	<i>ciprofloxacin</i>	7	CLEVER CHOICE	
<i>chlorthalidone</i>	212	<i>ciprofloxacin hcl</i>	7, 737, 930	CHAMBER-LRG MASK	
<i>chlorzoxazone</i>	747	<i>ciprofloxacin-</i>		.....	725, 777
CHOICE DM CLARUS		<i>dexamethasone</i>	738	CLEVER CHOICE	
NORM CONTROL.....	645, 776	<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>	738	CHAMBER-MED MASK	
CHOICEDM CLARUS		<i>citalopram</i>	415	.....	725, 777
.....	646, 682, 776	CITRANATAL (DUAL-IRON)		CLEVER CHOICE	
CHOLBAM.....	45	.....	254	CHAMBER-SM MASK.	725, 777
CHOLECAL DF.....	284	CITRANATAL 90 DHA		CLEVER CHOICE	
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>		(ALGAL OIL).....	254	GLUCOSE MONITOR.	646, 777
.....	251, 252	CITRANATAL ASSURE.....	254	CLEVER CHOICE LEVEL 1	
<i>cholestyramine (with sugar)</i> .	194	CITRANATAL BLOOM.....	275	CONTROL.....	646, 777
Cholestyramine Light.....	194	CITRANATAL DHA (ALGAL		CLEVER CHOICE LEVEL 2	
<i>choline bitartrate</i>	190	OIL).....	254	CONTROL.....	646, 777
<i>choline,magnesium</i>		CITRANATAL HARMONY		CLEVER CHOICE LEVEL 3	
<i>salicylate</i>	135	(IRON FUM).....	254	CONTROL.....	646, 777
<i>chorionic gonadotropin,</i>		CITRANATAL MEDLEY.....	308	CLEVER CHOICE MICRO	
<i>human</i>	468	CITRATABS.....	914	.....	646, 777
CHOSEN LANCET.....	646, 776	CITRULLINE 1000.....	252	CLEVER CHOICE MICRO	
CHOSEN LANCING		CLAIRVEE.....	68	TEST STRIP.....	682, 778
DEVICE.....	646, 776	Claravis.....	583	CLEVER CHOICE NEB KIT-	
CHOSEN SAFETY LANCET		CLARINEX.....	89, 104	ADULT.....	725, 778
.....	646, 776	CLARINEX-D 12 HOUR.....	87	CLEVER CHOICE NEB KIT-	
<i>chromium nicotinate</i>	293	<i>clarithromycin</i>	13	CHILD.....	725, 778
<i>chromium picolinate</i>	293	CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE	
CIALIS.....	436, 923	MOIST PADS.....	557	NEBULIZER.....	725, 778
CIBINQO.....	498	CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE PEAK	
CICASIL.....	732, 776	WIPES EXT STR.....	557	FLOW METER.....	675, 778
CICATRACE PAD.....	732, 777	CLEANSING WASH....	552, 572	CLEVER CHOICE PRO	
Ciclodan.....	567	CLEAR FIBER.....	55	.....	646, 683, 778
CICLODAN KIT.....	567	<i>clemastine</i>	88, 95	CLEVER CHOICE TALK	
<i>ciclopirox</i>	567	Clemasz.....	88, 95	GLUCOSE SYS.....	646, 778
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-</i>		Clemsza.....	88, 95	CLEVER CHOICE TALK	
<i>euc</i>	567	CLENPIQ.....	59	TEST.....	683, 779
<i>cilostazol</i>	239	CLEOCIN.....	740	CLEVER CHOICE TEST	
CILOXAN.....	930	CLEOCIN HCL.....	30	STRIPS.....	683, 779
CIMDUO.....	19	Cleocin Pediatric.....	30	CLEVER CHOICE VOICE	
<i>cimetidine</i>	49	CLEOCIN T.....	563	PLUS TEST.....	684, 779
<i>cimetidine hcl</i>	49	CLEVER CHEK BLOOD		CLEVER CHOICE	
CIMZIA.....	63, 111, 143	GLUCOSE.....	646, 777	WHISPER AIRE PED..	726, 779
CIMZIA POWDER FOR		CLEVER CHEK BLOOD		CLICKFINE PEN NEEDLE	
RECONST.....	62, 111, 143	GLUCOSE SYST.....	646, 777	.....	619, 779
CIMZIA STARTER KIT		CLEVER CHEK LANCETS		CLIMARA.....	461
.....	62, 111, 143	.....	646, 777	CLIMARA PRO.....	454
<i>cinacalcet</i>	456	CLEVER CHOICE BLOOD		Clindacin.....	564
<i>cinnamon bark</i>	901	GLUC SYS.....	646, 777	Clindacin Etz.....	563
<i>cinnamon bark extract</i>	901			CLINDACIN ETZ.....	570
CINRYZE.....	231			Clindacin P.....	564
CIPRO.....	7			CLINDACIN PAC.....	570
CIPRO HC.....	738			CLINDAGEL.....	564

<i>clindamycin hcl</i>	30	<i>codeine-guaifenesin</i>	97	COMP-AIR NEBULIZER	
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	30	CODITUSSIN AC.....	97	COMPRESSOR.....	726, 781
Clindamycin Pediatric.....	30	CODITUSSIN DAC.....	96	Compazine.....	41, 42, 363
<i>clindamycin phosphate</i> 564, 740		COLAZAL.....	37	COMPLERA.....	31
<i>clindamycin-benzoyl</i>		<i>colchicine</i>	906	COMPLETE BALANCE	
<i>peroxide</i>	572	COLCRYS.....	906	MENOPAUSE RLF.....	417
<i>clindamycin-tretinoin</i>	576	<i>colesevelam</i>	194	COMPLETE LIVER	
CLINDESSE.....	741	COLESTID.....	194	CLEANSE.....	250
CLINITEST COVID-19		<i>colestipol</i>	194	COMPLETE MV ADULT 50	
HOME TEST.....	591, 780	COLLATYL.....	496	PLUS.....	308
CLINPRO 5000.....	341	COLOR LANCETS.....	646, 780	COMPLETE NATAL DHA....	254
<i>clobazam</i>	390, 393	COMBIGAN.....	945	COMPLETENATE.....	254
<i>clobetasol</i>	506, 528, 529, 939	COMBIPATCH.....	454	Compro.....	42
<i>clobetasol-emollient</i>	529	COMBIVENT RESPIMAT	107	CONCEPTION.....	720, 781
CLOBEX.....	529	COMBOGESIC.....	124	CONCERTA.....	401
CLOBEZIN.....	515	COMETRIQ.....	163	CONDYLOX.....	500
<i>clocortolone pivalate</i>	529	COMFORT EZ INSULIN		CONJUPRI.....	207
Clodan.....	529	SYRINGE.....	619, 780	CONSENSI.....	205
CLODAN KIT.....	491	COMFORT EZ LANCETS		Constulose.....	83
Clomid.....	473	.....	646, 780	CONTOUR CONTROL	
<i>clomiphene citrate</i>	473	COMFORT EZ PEN		SOLUTION, HIGH.....	647, 781
<i>clomipramine</i>	396	NEEDLES.....	619, 780	CONTOUR CONTROL	
<i>clonazepam</i>	390, 393, 414	COMFORT EZ PRO		SOLUTION, LOW.....	647, 782
<i>clonidine</i>	192	SAFETY PEN NDL.....	620, 780	CONTOUR CONTROL	
<i>clonidine (pf)</i>	119	COMFORT TOUCH PEN		SOLUTION, NML.....	647, 782
<i>clonidine hcl</i>	192, 398	NEEDLE.....	620, 781	CONTOUR METER.....	647, 782
<i>clopidogrel</i>	239	COMFORT TOUCH PLUS		CONTOUR NEXT EZ	
<i>clorazepate dipotassium</i>		SAFETY LANC.....	646, 781	METER.....	647, 782
.....	390, 414	COMFORT TOUCH ULT		CONTOUR NEXT GEN	
CLOROTEKAL (PF).....	146	THIN LANCETS.....	647, 781	METER.....	647, 782
<i>clotrimazole</i>	338, 560	COMFORTSEAL LARGE		CONTOUR NEXT	
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	516	MASK.....	726, 781	GLUCOSE METER.....	647, 782
<i>clozapine</i>	385	COMFORTSEAL MEDIUM		CONTOUR NEXT LEV 1	
CLOZARIL.....	385	MASK.....	726, 781	CONTROL SOL.....	647, 782
C-NATE DHA.....	254	COMFORTSEAL SMALL		CONTOUR NEXT LEV 2	
COAGADEX.....	247	MASK.....	726, 781	CONTROL SOL.....	647, 782
COAGUCHEK LANCETS		COMIRNATY 2025-2026(5-		CONTOUR NEXT LINK	
.....	646, 780	11Y)(PF).....	333	.....	647, 782
COAGUCHEK XS.....	723, 780	COMIRNATY 2025-26 (12Y		CONTOUR NEXT LINK 2.4	
<i>coal tar</i>	549	UP)(PF).....	333	.....	647, 782
COARTEM.....	28	COMPACT SPACE		CONTOUR NEXT METER	
COBALEFOL.....	272	CHAMBER.....	726, 781	.....	647, 782
COBENFY.....	350	COMPACT SPACE		CONTOUR NEXT ONE	
COBENFY STARTER PACK		CHAMBER-LRG MASK		METER.....	647, 782
.....	350	.....	726, 781	CONTOUR NEXT TEST	
<i>cocaine</i>	85	COMPACT SPACE		STRIPS.....	684, 782
COCOA BUTTER		CHAMBER-MED MASK		CONTOUR PLUS BLUE	
FORMULA - VIT E.....	546	.....	726, 781	METER.....	647, 782
<i>codeine sulfate</i>	112	COMPACT SPACE		CONTOUR PLUS TEST	
<i>codeine-butalbital-asa-caff.</i>	141	CHAMBER-SM MASK.	726, 781	STRIP.....	684, 783

CONTOUR TEST STRIPS		CULTURELLE KIDS	
.....684, 783		PROBIOTICS..... 70	
COPAXONE..... 484		CULTURELLE KIDS PRO-	
COPIKTRA..... 154, 160		MV-LUTEIN..... 321	
<i>copper gluconate</i> 293		CULTURELLE MEN'S	
COQMAX OMEGA..... 213		DAILY HEALTH..... 70	
CORDRAN..... 530, 531		CULTURELLE	
CORDRAN TAPE LARGE		METABOLISM-WT MGMT.... 70	
ROLL..... 530		CULTURELLE PROBIOTIC-	
CORDX COVID-19 AG		MULTIVIT..... 308	
HOME TEST.....591, 783		CULTURELLE PROBIOTIC-	
CORDX TYFAST FLU-		PREBIOTIC..... 70	
COVID-19 TEST.....591, 783		CULTURELLE	
COREG..... 208		SLIMBIOTICS.....71	
COREG CR..... 208		CULTURELLE WOMEN'S 4-	
CORIFACT..... 247		IN-1.....71	
CORLANOR..... 220		CULTURELLE WOMEN'S	
CORTANE-B..... 737		WELLNESS..... 71	
CORTEF..... 465		CUPRIMINE..... 137, 184	
CORTENEMA.....66		CURAFIL GEL WOUND	
CORTIFOAM.....66		496, 783	
CORTISOLV.....901		CURCUPLEX-95..... 902	
<i>cortisone</i> 465		CURITY AMD..... 733, 783	
CORTISPORIN-TC.....738		CURITY AMD (WITH	
CORTROPHIN GEL..... 439		POLYHEXAMETH).....496, 783	
COSENTYX.....492		CURITY DRAINAGE BAG	
COSENTYX (2 SYRINGES) 492		586, 783	
COSENTYX PEN..... 492		CURITY IODOFORM	
COSENTYX PEN (2 PENS) 492		PACKING STRIP.....672, 783	
COSENTYX UNOREADY		CUROSURF..... 104	
PEN..... 492		CUTAQUIG.....328	
COSOPT..... 946		CUTEMOL EMOLLIENT.....546	
COSOPT (PF)..... 946		CUTTER ALL FAMILY.....551	
COTELLIC..... 157		CUTTER BACKWOODS	
COTEMPLA XR-ODT..... 401		DRY..... 551	
COVARYX.....455		CUTTER SKINSATIONS.....551	
COVARYX H.S..... 455		CUVITRU.....328	
COVID-19 AT-HOME TEST		CUVPOSA..... 343	
.....591, 783		CUVRIOR..... 184	
<i>covid19 test adm.by</i>		<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	
<i>pharmacist</i> 591, 783		<i>12)</i> 271	
COXANTO.....128		<i>cyanocobalamin-</i>	
COZAAR.....196		<i>cobamamide</i> 271	
CRALONIN..... 343		<i>cyanocobalamin-</i>	
<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>		<i>methylcobalamin</i> 271, 319	
.....902		CYCLINEX-2..... 288	
<i>cranberry extract</i> 902		<i>cyclobenzaprine</i> 747	
<i>cranberry fruit</i> 902		Cyclogyl.....937	
<i>cranberry fruit concentrate</i> ...902		CYCLOMYDRIL.....932	
		CYCLOPAK..... 746	
CRANBERRY URINARY			
TRACT HEALTH..... 902			
CRANBERRY-			
PROBIOTC(BLEND)-VITC.... 69			
CRENESSITY.....436			
CREON.....65			
CRESEMBA..... 15			
CRESTOR..... 197			
CREXONT..... 420, 421			
CRINONE..... 480, 741			
<i>cromolyn</i> 102, 151, 947			
Crotan.....488			
CRYODOSE TA MEDIUM			
STREAM SPR..... 521			
CRYODOSE TA MIST			
SPRAY..... 521			
CRYOSERV..... 736			
Cryelle (28)..... 170			
CTEXLI..... 40, 109			
CULTURELLE..... 70			
CULTURELLE ABDOMINAL			
SUPP-CMFT.....69			
CULTURELLE ADVANCED			
REGULARITY.....69			
CULTURELLE BABY			
COLIC-SOOTHING..... 69			
CULTURELLE BABY			
DIGESTIVE CALM..... 69			
CULTURELLE BABY			
HEALTH DEVELOP..... 69			
CULTURELLE BLOATING			
GAS..... 69			
CULTURELLE DIGESTIVE			
HEALTH..... 69			
CULTURELLE IMMUNE			
DEFENSE.....69			
CULTURELLE KIDS 4 IN 1			
IMMUNE..... 69			
CULTURELLE KIDS			
GROW-THRIVE.....70			
CULTURELLE KIDS			
GUMMY.....70			
CULTURELLE KIDS			
IMMUNE DEFENSE..... 70			
CULTURELLE KIDS			
PROBIO-FIBER.....70			
CULTURELLE KIDS			
PROBIOT-FIBER.....70			
CULTURELLE KIDS			
PROBIOTIC-MV..... 321			

<i>cyclopentolate</i>	937	<i>dandelion root</i>	902	DENTA 5000 PLUS	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>		DANTRIUM.....	747	SENSITIVE.....	341
<i>watr</i>	932	<i>dantrolene</i>	747	DENTAGEL.....	341
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>		DANZITEN.....	154	DENVITA.....	515
<i>wat</i>	932	<i>dapsone</i>	16, 564	DEOXIA.....	564, 571
<i>cyclophosphamide</i>		DARAPRIM.....	16	DEOXIADEMTAR.....	576
.....	131, 132, 149	<i>darifenacin</i>	915	DEOXIATAR.....	576
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>		DARTISLA.....	43	DEOXIAVAR.....	576
<i>wat</i>	932	<i>darunavir</i>	29	DEPAKOTE.....	356, 379
<i>cycloserine</i>	24	<i>dasatinib</i>	155	DEPAKOTE ER... 356, 379, 432	
CYCLOSET.....	449	Dasetta 1/35 (28).....	170	DEPAKOTE SPRINKLES	
<i>cyclosporine</i>	132, 348, 942	Dasetta 7/7/7 (28).....	178	.....	356, 379
CYCLOSPORINE IN		DAURISMO.....	160	DEPEN TITRATABS... 137, 184	
KLARITY.....	942	DAVIMET WITH FLUORIDE		DEPLIN FC.....	272
<i>cyclosporine modified</i> ..	132, 348	.....	269	DEPO-ESTRADIOL.....	461
CYCLOTENS REFILL.....	748	DAVIMET WITH IRON.....	308	DEPO-PROVERA.....	183
CYCLOTENS STARTER....	748	DAVIMET-M.....	294	DEPO-SUBQ PROVERA	
CYMBALTA.....	351, 394	DAVOL IRRIGATION		104.....	183
<i>cyproheptadine</i>	88, 95	SYRINGE.....	600, 783	Depo-Testosterone.....	446
Cyred.....	170	DAVOL PISTON		DERMACINRX	
Cyred Eq.....	170	IRRIGATION.....	600, 783	CLORHEXACIN.....	493
CYSTADANE.....	928	DAWNZERA.....	188	DERMACINRX DAVIMET ... 294	
CYSTADROPS.....	951	DAYAVITE.....	308	DERMACINRX DEXATRAN 308	
CYSTAGON.....	912	DAYBUE.....	907	DERMACINRX DOTREMIN 285	
CYSTARAN.....	951	DAYPRO.....	128	DERMACINRX FOLDITAM. 285	
CYTOMEL.....	470	Daysee.....	182	DERMACINRX FOLIFLEX.. 308	
CYTOTEC.....	47	DAYTRANA.....	401	DERMACINRX FOLITIN-Z.. 308	
D3-2000.....	252	DAYVIGO.....	389	DERMACINRX	
<i>dabigatran etexilate</i>	239	DAZAVEIDAOXIA.....	552	FOLIXAPURE.....	285
DAFILOR.....	567	DAZINIA.....	512	DERMACINRX FOLIXATE.. 285	
DAILY FIBER.....	55	DAZOMON.....	552	DERMACINRX FOLTAMIN. 285	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-		DDAVP.....	453	DERMACINRX FOLTREXYL	
ASPART).....	55	DEBACTEROL.....	339	.....	285
DAILY FIBER (PSYLLIUM-		Deblitane.....	168	DERMACINRX LACTEROL.. 71	
SUCROSE).....	55	DECARA K.....	319	DERMACINRX LEXITRAL.. 565	
DAILY GUMMIES.....	308	<i>deferasirox</i>	185	Dermacinrx Lidocan.....	509
DAILY MULTIVITAMIN-		<i>deferiprone</i>	185	DERMACINRX LIDOGEL....	509
MINERALS.....	294	<i>deferoxamine</i>	185	DERMACINRX LIDOREX....	509
DAILY PROBIOTIC (4		<i>deflazacort</i>	465	DERMACINRX MULTITAM. 308	
STRAINS).....	71	DEFLUX.....	734	DERMACINRX	
DAILY PROBIOTIC		DELESTROGEN.....	461	MULTIVITAMIN.....	294
(B.INFANTIS).....	71	DELIBON.....	516	DERMACINRX PHN PAK....	557
DAILY PROBIOTIC (S.		DELSTRIGO.....	31	DERMACINRX PRENATRIX	
BOULARDII).....	71	DELUO.....	494, 739	.....	254
DAILY-VITE (WITH FOLIC		<i>demeclocycline</i>	7	DERMACINRX	
ACID).....	294	DEMEROL.....	112	PRENATRYL.....	255
DAIRY RELIEF.....	49	DEMEROL (PF).....	112	DERMACINRX PRETRATE 255	
<i>dalfampridine</i>	481	DEMSEER.....	192	DERMACINRX PROBINATE.71	
DALIRESP.....	93	DENTA 5000 PLUS.....	341	DERMACINRX PROBISOL... 71	
<i>danazol</i>	480			DERMACINRX PROBITRAN 71	

DERMACINRX PROBITROL.71	DEVILBISS DISPOSABLE	DIAPERS, UNISEX SIZE 3
DERMACINRX PROMEROL.71	NEBULIZER..... 593, 784	590, 784
DERMACINRX RIBOTIN-E. 309	DEVILBISS PULMO-AIDE	DIAPERS, UNISEX SIZE 4
DERMACINRX SURGICAL	COMPRESSR..... 726, 784	590, 784
PHARMAPAK..... 493	DEVILBISS PULMOMATE	DIAPERS, UNISEX SIZE 5
DERMACINRX	COMPRESSOR.....726, 784	590, 785
THERAZOLE PAK.....516	DEVILBISS TRAVELER	DIAPERS, UNISEX SIZE 6
DERMACINRX VENEXA.....309	COMPRESSOR.....726, 784	590, 785
DERMACINRX VENEXA FE	Dexabliss.....465	DIASAXIATAR.....576
.....309	<i>dexamethasone</i> 465	DIASDIMAXIA..... 571
DERMACINRX VENTRIXYL309	DEXAMETHASONE	DIASOXIA.....571
DERMACINRX VENTRIXYL	INTENSOL.....465	DIATROL..... 310
FE..... 309	<i>dexamethasone sodium</i>	DIATRUE CONTROL SOLN
DERMACINRX VITRAMYN.309	<i>phosphate</i> 939	NORMAL..... 648, 785
DERMACINRX VITRANOL. 309	<i>dexchlorpheniramine</i>	DIATRUE CONTROL
DERMACINRX VITRANOL	<i>maleate</i> 85, 88	SOLUTION HIGH..... 648, 785
FE..... 309	DEXCOM G6 RECEIVER	DIATRUE CONTROL
DERMACINRX VITREXATE309	647, 784	SOLUTION LOW..... 648, 785
DERMACINRX VITREXATE	DEXCOM G6 SENSOR	DIATRUE PLUS BLOOD
FE.....309	648, 784	GLUCOSE MET..... 648, 785
DERMACINRX ZINTREXYL-	DEXCOM G6	DIATRUE PLUS TEST
C..... 309	TRANSMITTER..... 648, 784	STRIP.....684, 785
DERMACINRX ZRM PAK... 557	DEXCOM G7 RECEIVER	<i>diazepam</i> 390, 393, 414
DERMALID..... 509	648, 784	Diazepam Intensol.....390, 414
DERMA-SMOOTH/FS	DEXCOM G7 SENSOR	<i>diazoxide</i> 438
BODY OIL.....531	648, 784	DIBENZYLINE.....226
DERMA-SMOOTH/FS	DEXEDRINE SPANSULE	<i>dichlorphenamide</i> 193, 745
SCALP OIL..... 531	359, 380, 402	DICLEGIS.....64
DERMASO PLUS..... 546	DEXERYL.....546	<i>diclofenac epolamine</i> 504
DERMAWERX SURGICAL	DEXILANT..... 50	<i>diclofenac potassium</i>
PLUS PAK.....493	<i>dexlansoprazole</i> 50	 127, 130, 383
DERMAZENE..... 516	<i>dexmethylphenidate</i> 402	<i>diclofenac sodium</i>
DERMELLE..... 550	DEXONTO.....465	 127, 504, 513, 934
DERMOTIC OIL.....737	DEXENZA..... 939	<i>diclofenac submicronized</i> 127
DERM-SILK..... 732, 783	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	<i>diclofenac-misoprostol</i> 124
DERMULCERA..... 493	360, 380, 381, 402, 403	DICLOFEX DC..... 565
DERPIXA.....550	<i>dextroamphetamine-</i>	DICLOFONO..... 504
DESCOVY..... 19	<i>amphetamine</i> 360, 403, 410	DICLOGEN.....565
DESFERAL.....185	DHEA.....897	DICLOPR.....565
<i>desflurane</i> 144	DHIVY.....421	DICLOSAICIN.....565
<i>desipramine</i> 396	DIABETIC MULTIVITAMIN..309	DICLOTAL..... 566
<i>desloratadine</i> 89, 90, 104	DIACOMIT..... 375, 376	DICLOTREX.....566
<i>desmopressin</i> 453	DIADIMAXIA.....571	DICLOVIX.....514
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 182	DIAOXIA.....571	<i>dicloxacillin</i> 32
<i>desonide</i> 531	DIAPERS, UNISEX SIZE 1	<i>dicyclomine</i> 42
DESOWEN..... 531	590, 784	DIFFERIN.....581
<i>desoximetasone</i> 531, 532	DIAPERS, UNISEX SIZE 2	DIFICID..... 13
DESOXYN..... 380, 401	590, 784	<i>diflorasone</i> 532, 533
<i>desvenlafaxine</i> 394		DIFLUCAN.....15
<i>desvenlafaxine succinate</i> 394		<i>diflunisal</i> 126

<i>difluprednate</i>	939	DITHOL.....	566	DRAMAMINE NON-	
DIFMETIOXRIME.....	515	DIURIL.....	212	DROWSY.....	902
DIGEST ADV PROBIO		<i>divalproex</i>	357, 379, 380, 432	DRAXACE.....	572
PLUS GAS.....	72	DIVENDO.....	516	DRAXACEY.....	572
DIGEST PROBIOTIC		DIVIGEL.....	462	DRITHOCREME HP.....	506
(S.BOULARDII).....	72	DIVINIX.....	522	DRIXECE.....	572
DIGESTIVE ADVANTAGE		DM2.....	446	DRIZALMA SPRINKLE	351, 394
IMMUNE.....	72	DMT SUIK.....	466	<i>dronabinol</i>	42, 363, 924
DIGESTIVE ADVANTAGE		Dodex.....	272	DROPLET GENTEEL	
INTENS BOW.....	72	<i>dofetilide</i>	195	LANCING DEVICE.....	648, 785
DIGESTIVE ADVANTAGE		DOJOLVI.....	299	DROPLET INSULIN	
KID PROBIO.....	72	Dolishale.....	170	SYR(HALF UNIT).....	620, 786
DIGESTIVE ADVANTAGE		DOLOBID.....	126	DROPLET INSULIN	
LACTOS SUP.....	72	DOLOTRANZ.....	568	SYRINGE.....	620, 786
DIGESTIVE ADVANTAGE		DOMELA.....	522	DROPLET LANCETS..	648, 786
PROBIOTIC.....	72	<i>donepezil</i>	909	DROPLET LANCING	
DIGESTIVE PROBIOTIC.....	72	DONNATAL.....	45	DEVICE.....	648, 786
DIGESTIVE SUPPORT.....	902	DOPTelet (10 TAB PACK)	232	DROPLET MICRON PEN	
Digitek.....	189	DOPTelet (15 TAB PACK)	232	NEEDLE.....	621, 786
<i>digoxin</i>	189	DOPTelet (30 TAB PACK)	232	DROPLET PEN NEEDLE	
<i>dihydroergotamine</i>	430, 431	DORAL.....	390, 413	.....	621, 787
Dilantin.....	374	DORYX.....	8	DROPSAFE ACTI-LANCE	
Dilantin Extended.....	374	DORYX MPC.....	8	.....	648, 787
Dilantin Infatabs.....	374	<i>dorzolamide</i>	948	DROPSAFE INSULIN	
DILANTIN-125.....	375	<i>dorzolamide (pf)</i>	948	SYRINGE.....	621, 787
DILAUDID.....	112	<i>dorzolamide-timolol</i>	946	DROPSAFE PEN NEEDLE	
DILAUDID (PF).....	112	<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	946	.....	621, 787
<i>diltiazem hcl</i>	206	DOSOKAP.....	319	DROPSAFE SICURA	
DILT-XR.....	206	Dotti.....	462	SAFETY NEEDLE.....	601, 787
DILUTING MEDIUM FOR		DOVATO.....	19	<i>drospirenone-e.estradiol-</i>	
NOVOLOG.....	285	DOVER BULB SYRINGE		<i>lm.fa</i>	171
DIMENTHO.....	566	.....	600, 785	<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>dimethyl fumarate</i>	484	DOVER COATED LATEX		<i>estradiol</i>	171
DIMOXIA.....	494	FOLEY.....	614, 785	DROXIA.....	248
DIOCHLOY.....	522	DOVER LATEX FOLEY		<i>droxidopa</i>	227
DIONARIS.....	516	CATHETER.....	614, 785	DRY SKIN THERAPY(WITH	
DIOOXIA.....	506	DOVER RED RUBBER		LANOLIN).....	546
DIOVAN.....	196	ROBINSON CATH.....	614, 785	DRY SKIN THERAPY(W-	
DIOVAN HCT.....	209	DOVER UNIVERSAL..	614, 785	PETROLATUM).....	546
DIOVASC.....	284	<i>doxazosin</i>	226	DRYSOL.....	514
DIPENTUM.....	37	<i>doxepin</i>	396, 424, 490	DRYSOL DAB-O-MATIC....	514
Diphen.....	88, 95	<i>doxercalciferol</i>	925	DSUVIA.....	113
<i>diphenoxylate-atropine</i>	47	<i>doxycycline hyclate</i>	8, 9, 10, 343	DUAKLIR PRESSAIR.....	107
DIPROLENE		<i>doxycycline monohydrate</i>		DUAVEE.....	479
(AUGMENTED).....	533	.....	10, 558	DUETACT.....	451
<i>dipyridamole</i>	241	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>		DULERA.....	108
DISALCID.....	126	<i>b6)</i>	64	<i>duloxetine</i>	351, 394
DISKETs.....	113	D-PENAMINE.....	137, 184	DULOXICAINE.....	352, 394
<i>disopyramide phosphate</i>	213	DRAMAMINE GINGER.....	902	DUOBRII.....	490
<i>disulfiram</i>	347			DUODOTE.....	187

DUOPA.....	421	EASY GLIDE LUER LOCK		EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUPIXENT PEN.....	105, 488	SYRINGE.....	601, 789	NEEDLE.....	601, 792
DUPIXENT SYRINGE.....	105, 488	EASY GLIDE LUER SLIP		EASY TOUCH FLIPLOCK	
DURACLON (PF).....	119	TB SYRING.....	601, 789	SYRINGE....	601, 602, 792, 793
DUREX AVANTI BARE		EASY GLIDE PEN NEEDLE		EASY TOUCH FLURINGE	
REAL FEEL.....	587, 787	.....	622, 789	.....	602, 793
DUREX EXTRA SENSITIVE		EASY MINI EJECT		EASY TOUCH FLURINGE	
CONDOM.....	587, 787	LANCING DEVICE.....	648, 789	FLIPLOCK.....	602, 793
DUREX TROPICAL		EASY NEB COMPRESSOR		EASY TOUCH FLURINGE	
CONDOM.....	587, 787	NEBULIZER.....	727, 789	SHEATHLOCK.....	602, 793
DUREZOL.....	939	EASY PLUS II BLOOD		EASY TOUCH GLUCOSE	
DURLAZA.....	126, 240	GLUCOSE MET.....	648, 789	MONITOR.....	649, 793
DUROLANE.....	749	EASY PLUS II HIGH		EASY TOUCH HIGH-LOW	
<i>dutasteride</i>	911	CONTROL.....	649, 789	CONTROL.....	650, 793
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	911	EASY PLUS II LOW		EASY TOUCH	
DUVYZAT.....	743	CONTROL.....	649, 789	HYPODERMIC NEEDLE	
DYANAVEL XR.....	403, 411	EASY PLUS II TEST...	685, 790	.....	602, 793
DYCLOPRO.....	554	EASY STEP.....	685, 790	EASY TOUCH INSULIN	
DYMISTA.....	86	EASY STEP BLOOD		SAFETY SYR.....	622, 793
DYNAFOAM AG.....	497	GLUCOSE METER.....	649, 790	EASY TOUCH INSULIN	
DYNAGINATE AG.....	497	EASY STEP HIGH		SYRINGE....	622, 623, 793, 794
DYNOMA.....	522	CONTROL SOLN.....	649, 790	EASY TOUCH LANCETS	
DYRENIUM.....	204	EASY STEP LOW		.....	650, 794
E.E.S. 400.....	13	CONTROL SOLUTION	649, 790	EASY TOUCH LANCING	
EAA UCD.....	288	EASY STEP NORMAL		DEVICE.....	650, 794
EAR POPPER INFLATION		CONTROL SOLN.....	649, 790	EASY TOUCH LUER LOCK	
DEVICE.....	674, 787	EASY TALK BLOOD		INSULIN.....	623, 794
EASIVENT HOLDING		GLUCOSE METER.....	649, 790	EASY TOUCH LUER LOCK	
CHAMBER.....	726, 787	EASY TALK GLUCOSE		SYRINGE.....	602, 603, 794
EASIVENT MASK LARGE		TEST.....	685, 791	EASY TOUCH PEN	
.....	726, 788	EASY TALK HIGH		NEEDLE.....	623, 795
EASIVENT MASK MEDIUM		CONTROL.....	649, 791	EASY TOUCH SAFETY	
.....	727, 788	EASY TALK LOW		LANCETS.....	650, 795
EASIVENT MASK SMALL		CONTROL.....	649, 791	EASY TOUCH SAFETY	
.....	727, 788	EASY TALK PLUS II HIGH		PEN NEEDLE.....	623, 795
EASY COMFORT INSULIN		CONTROL.....	649, 791	EASY TOUCH	
SYRINGE.....	621, 788	EASY TALK PLUS II LOW		SHEATHLOCK INSULIN	
EASY COMFORT		CONTROL.....	649, 791	.....	623, 795
LANCETS.....	648, 788	EASY TALK PLUS II TEST		EASY TOUCH	
EASY COMFORT PEN		STRIP.....	686, 791	SHEATHLOCK SYRG-NDL	
NEEDLES.....	622, 788	EASY TOUCH		.....	603, 795
EASY COMFORT SAFETY		.....	603, 623, 795, 796	EASY TOUCH	
PEN NEEDLE.....	622, 788	EASY TOUCH BLU CTRL		SHEATHLOCK SYRINGE	
EASY FIBER.....	56	SOLN-L1,L3.....	649, 791	.....	603, 795, 796
EASY FIBER (WHEAT		EASY TOUCH BLULINK		EASY TOUCH TEST STRIP	
DEXTRIN).....	55	GLUC SYST.....	649, 791	.....	686, 796
EASY GLIDE CATHETER		EASY TOUCH BLULINK			
TIP SYRING.....	601, 788	TEST STRIP.....	686, 792		
EASY GLIDE INSULIN		EASY TOUCH FLIPLOCK			
SYRINGE.....	622, 788, 789	INSULIN.....	622, 792		

EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK 603, 796	ECEOXIA.....564 <i>echinacea</i> 902 <i>echinacea purp aerial part</i> <i>ext</i> 902	ELEMENT HIGH CONTROL 651, 800
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK 604, 796	ECLIPSE NEEDLE.....604, 799	ELEMENT LOW CONTROL 651, 800
EASY TOUCH TWIST LANCETS.....650, 796	ECLIPSE SYRINGE...604, 799	ELEMENT NORMAL CONTROL.....651, 800
EASY TOUCH UNI-SLIP 604, 623, 796	EC-NAPROSYN.....128	ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT.....651, 800
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER.....650, 797	EC-NAPROXEN.....128	ELEMENT TEST STRIPS 689, 800
EASY TRAK GLUCOSE TEST.....687, 797	<i>econazole nitrate</i> 560	ELEPSIA XR.....411, 412
EASY TRAK HIGH CONTROL.....650, 797	ECONTRA EZ.....165, 167	ELESTRIN.....462
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR.....650, 797	ECONTRA ONE-STEP 165, 167	<i>eletriptan</i> 427
EASY TRAK II CTRL SOLN- NORMAL.....650, 797	ECOTRIN.....126, 240	ELIDEL.....543
EASY TRAK II TEST STRIP 687, 797	ECOZA.....560	ELIGARD.....164
EASY TRAK LOW CONTROL.....650, 797	EDARBI.....196	ELIGARD (4 MONTH).....164
EASY TWIST AND CAP LANCETS.....650, 797	EDARBYCLOR.....209	ELIMITE.....488
EASY-C IMMUNE HEALTH 279	EDECIN.....193	Elinest.....171
EASYGLUCO METER.650, 797	EDLUAR.....383	ELIQUIS.....241
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM 650, 798	ED-SPAZ.....47, 916	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....241
EASYGLUCO TEST....687, 798	EDURANT.....3	ELITE-OB.....310
EASYMAX.....688, 799	EDURANT PED.....3	Elixophyllin.....106
EASYMAX 15 LEVEL 2 650, 798	EEMT.....455	ELLA.....165, 167
EASYMAX 15 TEST STRIPS.....688, 798	EEMT HS.....455	ELLIOTTS B (PF).....288
EASYMAX NG.....650, 798	<i>efavirenz</i> 3	ELLUME COVID-19 HOME TEST.....591, 800
EASYMAX NORMAL CONTROL.....651, 798	<i>efavirenz-emtricitabin-</i> <i>tenofov</i> 31	ELLZIA PAK.....524
EASYMAX T1.....651, 799	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i> <i>disop</i> 31	ELMIRON.....911
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS.....651, 799	EFFER-K.....292	ELOCTATE.....243
EASYPOINT NEEDLE.604, 799	EFFEXOR XR.....394	<i>eltrombopag olamine</i> 232
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER.....651, 799	EFFIENT.....239	Eluryng.....166
EBASE CONTROLLER 727, 799	EFUDIX.....556	ELYXYB.....383
EBGLYSS PEN.....499	EGRIFTA SV.....478	ELYZIA.....544
EBGLYSS SYRINGE.....499	EGRIFTA WR.....478	ELYZIA (WITH HYALURONATE).....543
	EKTERLY.....224	EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM 651, 689, 801
	ELDERTONIC.....297	EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT.....651, 801
	ELECARE JR.....299	EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR.....651, 801
	<i>electrolytes-dextrose</i> 289	EMBRACE EVO LEVEL 1 652, 801
	ELEMAR.....569	EMBRACE EVO TEST STRIPS.....689, 801
	ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER.....651, 799	EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH.....652, 801
	ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL.....651, 799	
	ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL...651, 799	
	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS.....688, 800	
	ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR.....651, 800	

EMBRACE GLUCOSE	EMPAVELI.....245, 246	ENTRESTO SPRINKLE..... 227
CONTROL LOW.....652, 801	EMROSI..... 10, 558	ENTTY.....546
EMBRACE LANCETS. 652, 801	EMSAM..... 399	ENTYVIO PEN..... 38
EMBRACE LANCING	<i>emtricitabine</i> 21	Enulose.....36
DEVICE..... 652, 802	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 20	ENVARSUS XR.....348
EMBRACE PEN NEEDLE	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> 31	ENVIVE..... 72
.....624, 802	EMTRIVA.....21	ENZNONUTY..... 569
EMBRACE PRO..... 652, 802	EMULSION SB..... 546	EOHILIA..... 466
EMBRACE PRO GLUCOSE	EMVERM.....2	EPANED.....225
METER.....652, 802	Emzahh..... 168	EPCLUSA..... 17
EMBRACE PRO TEST	<i>enalapril maleate</i> 225	EPICERAM.....547
STRIPS.....690, 802	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	EPICYN.....494
EMBRACE SAFETY	222	EPIDIOLEX.....375
LANCET..... 652, 802	ENBRACE HR..... 294	EPIDUO.....578
EMBRACE TALK BLOOD	ENBREL..... 110, 143	EPIDUO FORTE.....578
GLUCOSE SYS.....652, 802	ENBREL MINI.....110, 143	EPIFIX AMNIOTIC
EMBRACE TALK	ENBREL SURECLICK.110, 143	MEMBRANE.....491
CONTROL-HIGH (L2). 652, 802	ENDARI..... 248, 253, 299	EPIFOAM..... 555
EMBRACE TALK	ENDO AVITENE.....229	<i>epinastine</i> 938
CONTROL-LOW (L1).. 652, 802	Endocet..... 121, 133	<i>epinephrine</i> 105, 226
EMBRACE TALK	ENDOMETRIN..... 480	EPIPEN..... 226
GLUCOSE MONITOR.652, 802	ENFIT IRRIGAT SYRINGE-	EPIPEN 2-PAK.....226
EMBRACE TALK TEST	CONTAINR.....616, 803	EPIPEN JR.....226
STRIPS.....690, 803	ENFIT MEDICAL STRAW	EPIPEN JR 2-PAK.....226
EMBRACE WAVE	585, 803	Epitol.....357, 368
GLUCOSE TEST STRP	ENFIT MEDICINE BOTTLE	EPIVIR.....21
.....690, 803	ADAPTER.....585, 803	<i>epplerenone</i> 212, 224
EMBRACE WAVE PLUS	ENGERIX-B (PF).....337	EPOGEN..... 234
GLUCOSE MTR..... 652, 803	Enilloring.....167	EPRONTIA..... 370
EMEND.....41	<i>enoxaparin</i> 236	<i>eprosartan</i> 196
EMERGEN-C.....283	ENOXILUV..... 236	EPSOLAY.....552
EMERGEN-C APPLE	Enpresse..... 178	EQUETRO.....357, 368
CIDER VINEGAR..... 282, 902	ENSACOVE.....152	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ... 252
EMERGEN-C	Enskyce.....171	<i>ergoloid</i> 910
ASHWAGANDHA..... 282	ENSPRYNG..... 349	ERGOMAR.....431
EMERGEN-C	ENSTILAR.....560	<i>ergotamine-caffeine</i> 435
ELDERBERRY..... 282	ENSURE CLEAR	ERIVEDGE..... 160
EMERGEN-C ENERGY	THERAPEUTIC..... 299	ERLEADA..... 164
PLUS..... 282	ENSURE RAPID	<i>erlotinib</i> 162
EMERGEN-C IMMUNE	HYDRATION..... 289	ERMEZA.....471
PLUS..... 282	ENSURE SURGERY.....300	Errin..... 168
EMERGEN-C KIDZ DAILY	ENSURE SURGERY	ERTACZO..... 560
IMMUNE.....321	PERIOP BUNDLE..... 300	Ery Pads.....564
EMERGEN-C KIDZ	<i>entacapone</i> 388	ERYGEL.....564
IMMUNE PLUS.....322	ENTADFI..... 918	ERYPED 400..... 13
EMERGEN-C TURMERIC	<i>entecavir</i> 33	Ery-Tab..... 13
GINGER..... 283	<i>enteral connector, enfit</i> 616, 803	ERYTHROCIN (AS
EMFLAZA.....466	ENTERAL GRAVITY BAG	STEARATE)..... 13
EMGALITY PEN.....431	SET-ENFIT.....616, 803	<i>erythromycin</i> 13, 930
EMGALITY SYRINGE. 363, 431	ENTRESTO.....227	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .. 13

<i>erythromycin with ethanol</i>	564	EVENCARE G2	652, 691, 803, 804	EYE HEALTH AREDS-2.....	898
<i>erythromycin-benzoyl</i>				EYE HEALTH PLUS	
<i>peroxide</i>	572	EVENCARE G3 CONTROL	652, 804	LUTEIN.....	310, 898
ESBRIET.....	91	EVENCARE G3 GLUCOSE		EYE MULTIVITAMIN... 310, 898	
<i>escitalopram oxalate</i>	415	METER.....	653, 804	EYELID WIPES (WITH	
Esgic.....	139	EVENCARE G3 TEST.....	691, 804	CHAMOMILE).....	557
<i>eslicarbazepine</i>	368	EVENCARE MINI		EYSUVIS.....	939
<i>esomeprazole magnesium</i>	50	GLUCOSE TEST STR.....	691, 805	E-Z JECT LANCETS... 653, 807	
ESPEROCT.....	243	EVENCARE MINI		E-Z JECT THIN LANCETS	
Estarylla.....	171	MONITOR SYSTEM....	653, 805	.....	653, 807
<i>estazolam</i>	390, 413	EVENCARE PROVIEW		EZ SMART CONTROL.....	653, 807
Estrace.....	741	TEST STRIP.....	692, 805	EZ SMART LANCETS.....	653, 807
<i>estradiol</i>	462, 463, 741	EVENCARE TEST.....	692, 805	EZ SMART PLUS SYSTEM	
<i>estradiol valerate</i>	463	<i>evening primrose oil</i>	902	.....	653, 807
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	454	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	157	EZ SMART PLUS TEST	
ESTRATEST F.S.....	455	<i>everolimus</i>		.....	693, 807
ESTRING.....	741	(<i>immunosuppressive</i>).....	349	EZ SMART SYSTEM... 653, 807	
ESTROGEL.....	464	EVERSENSE 365 SENSOR		EZ SMART TEST.....	693, 808
<i>estrogens-</i>		.....	653, 806	EZALLOR SPRINKLE.....	198
<i>methyltestosterone</i>	455	EVERSENSE 365		<i>ezetimibe</i>	197
ESTROVEN CMPLT		TRANSMITTER.....	653, 806	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	218
MENOPAUSE RLF.....	902	EVICEL.....	237	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	218
ESTROVEN SLIMBIOTICS... 72		EVISTA.....	460	FABHALTA.....	228, 245
<i>eszopiclone</i>	383	EVOCLIN.....	564	Falmina (28).....	171
<i>ethacrynic acid</i>	193	EVOLUTION BLOOD		<i>famciclovir</i>	14
<i>ethambutol</i>	24	GLUCOSE METER.....	653, 806	<i>famotidine</i>	49
<i>ethosuximide</i>	379	EVOLUTION NORMAL		FANAPT.....	397
ETHOXIA.....	581	CONTROL.....	653, 806	FANAPT TITRATION PACK	
<i>ethyl acetate</i>	734	EVOLUTION TEST STRIPS		A.....	397
<i>ethyl alcohol</i>	191	.....	692, 806	FANAPT TITRATION PACK	
<i>ethyl chloride</i>	500	EVOTAZ.....	25, 29	B.....	397
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	171	EVOXAC.....	339	FANAPT TITRATION PACK	
<i>etodolac</i>	130, 131	EVRYSDI.....	750	C.....	397
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		EXCEL SYRINGE.....	604, 806	FANTASY CONDOM... 587, 808	
.....	167	EXEL HYPODERMIC		FARESTON.....	165
<i>etoposide</i>	151	NEEDLES.....	604, 806	FARXIGA.....	448
<i>etravirine</i>	3	EXEL INSULIN.....	624, 806	FASENRA PEN.....	105
<i>eua patient assessment</i>		EXEL SYRINGE.. 604, 806, 807		FASTEP COVID-19 AG	
.....	585, 803	EXELDERM.....	560, 561	HOME TEST.....	591, 808
EUCERIN ADVANCED		EXELON PATCH.....	909	FC2 FEMALE CONDOM	
REPAIR.....	547	<i>exemestane</i>	164	.....	588, 808
EUCERIN INTENSIVE		<i>exenatide</i>	451	<i>febuxostat</i>	907
REPAIR.....	547	EXFORGE.....	219	FEIBA NF.....	238
EUCRISA.....	488	EXFORGE HCT.....	205	Feirza.....	171
EUFLEXXA.....	749	EXJADE.....	185	<i>felbamate</i>	364
EURAX.....	488	EXODERM.....	515	FELBATOL.....	364
EUTHYROX.....	471	EXTENDED RESERVOIR		FELDENE.....	129
EVAMIST.....	464	.....	624, 807	<i>felodipine</i>	207
Evekeo.....	360, 381, 403	EYE.....	343	FEM DOPHILUS.....	72
EVENCARE.....	653, 804, 805			FEM PH.....	743

FEMALE CATHETER..614, 808	FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR).....56	FLEXI-SEAL SIGNAL FMS.....586, 808
FEMARA.....164	FIBER (WITH ASPARTAME).....56	FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF).....322
FEMCAP.....589, 808	FIBER GUMMIES.....56	FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT.....322
FEMLYV.....171	FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX).....56	FLINTSTONES WITH EXTRA IRON.....322
FEMRING.....742	FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEX TRIN).....56	FLOLIPID.....198
<i>fenofibrate</i> 203	FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO).....56	FLOMAX.....912
<i>fenofibrate micronized</i> 203	FIBERWELL.....56	FLORAFOL FE PEDIATRIC 269
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> 203	FIBRICOR.....203	FLORAFOL PEDIATRIC.....269
<i>fenofibric acid</i> 203	<i>fidaxomicin</i> 13	FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI.....269
<i>fenofibric acid (choline)</i> 203	FIDILA.....515	FLORAJEN WOMEN.....73
FENOGLIDE.....203	FILOMA.....568	FLORAMAX.....73
<i>fenoprofen</i> 128	FILSPARI.....188	FLORASAVE.....73
FENOPRON.....128	FILSUVEZ.....493	FLORASTART.....73
FENOVAR.....566	FINACEA.....552, 565	FLORASTOR ADVANCED....73
FENOVIA.....515	<i>finasteride</i> 911	FLORASTOR DIGEST-METABOLIC.....73
<i>fentanyl</i> 113	FINAZOL.....310	FLORASTOR WOMAN'S PROBIOTIC.....73
<i>fentanyl (pf)-bupivacaine-nacl</i> 133	FINGERSTIX LANCETS.....653, 808	FLORASTORBABY.....73
<i>fentanyl citrate</i> 113	<i> fingolimod</i> 483	FLORASTORKIDS.....73
<i>fentanyl citrate (pf)</i> 113, 145	FINTEPLA.....376	FLORASTORSELECT GUT BOOST.....73
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i> 113	Finzala.....171	FLORASTORSELECT IMMUNITY BOOST.....73
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl (pf)</i> 133	Fioricet.....139	FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE.....74
<i>fenugreek seed</i> 903	FIORICET WITH CODEINE 141	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....591, 808
FERGON.....273	FIRAZYR.....193	FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU.....591, 808
FERIVA 21-7.....275	FIRDAPSE.....745	FLUAD 2025-2026 (65 YR UP)(PF).....335
FERIVA FA (WITH SUMALATE).....276	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....159	FLUARIX 2025-2026 (PF)...335
FERRETTIS IPS.....273	FIRVANQ.....27	FLUBLOK 2025-2026 (PF)..335
<i>ferric citrate</i> 274, 920, 922	FISH OIL.....213, 214	FLUCELVAX 2025-2026.....335
<i>ferric glycinate</i> 274	Flac Otic Oil.....738	FLUCELVAX 2025-2026 (PF).....335
FERRIPROX.....185	FLAREX.....940	<i>fluconazole</i> 15
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....185	FLASHARREST.....903	<i>flucytosine</i> 15
<i>ferrous fumarate</i> 274	<i>flavoxate</i> 917	<i>fludrocortisone</i> 456
<i>ferrous gluconate</i> 274	<i>flaxseed oil</i> 903	FLULAVAL 2025-2026 (PF) 335
<i>ferrous sulfate</i> 274	<i>flecainide</i> 218	FLUMIST 2025-2026...324, 335
FERVINA.....515	FLECTOR.....504	FLUMIST HOME 2025-2026.....324, 335
<i>fesoterodine</i> 917	FLEQSUVY.....748	<i>flunisolide</i> 98
FETZIMA.....394, 395	FLEXICHAMBER.....727, 808	
FE-VITE.....274	FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK.....727, 808	
Fexmid.....748	FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK.....727, 808	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....443	FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK.....727, 808	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....443		
FIASP PUMPCART.....443		
FIASP U-100 INSULIN.....443		
FIBER (DEXTRIN).....56		

<i>fluocinolone</i>	533	<i>folic acid</i>	272	FORA TN'G VOICE METER	654, 812
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	738	<i>folic acid-vitamin b6-vit b12</i> ..	319	.....	
<i>fluocinolone and shower cap</i>		FOLIC D3.....	285	FORA TN'G VOICE TEST	
.....	533	FOLICORE B COMPLEX....	320	STRIPS.....	696, 812
<i>fluocinonide</i>	533	FOLIKA-BC.....	250	FORA V10.....	696, 812
Fluocinonide-E.....	533	FOLIVANE-OB.....	310	FORA V10-V12-D10-D20	
<i>fluocinonide-emollient</i>	533	FOLLISTIM AQ.....	469	STRIPS.....	697, 812
FLUOPAR.....	524	FOLVITA COMPLEX.....	320	FORA V12 BLOOD	
<i>fluorescein-benoxinate</i> 935, 946		<i>fondaparinux</i>	241	GLUCOSE SYSTEM... 654, 812	
<i>fluorescein-proparacaine</i>	935	FORA 6 CONNECT		FORACARE GD20.....	697, 813
<i>fluoride (sodium)</i>	341	GLUCOSE STRIP.....	693, 809	FORACARE GD20	
FLUORIDEX DAILY		FORA 6CONN-GTEL-TN'G		GLUCOSE METER.....	654, 813
DEFENSE.....	341	ADV STRIP.....	694, 809	FORACARE GD40 TEST	
FLUORIDEX SENSITIVITY		FORA D40D GLUCOSE-BP		STRIPS.....	697, 813
RELIEF.....	341	MONITOR.....	653, 674, 809	FORACARE GD40B	
FLUORIMAX 5000.....	341	FORA D40G GLUCOSE-BP		GLUCOSE METER.....	654, 813
FLUORIMAX 5000		MONITOR.....	653, 674, 809	FORACARE GDH HIGH	
SENSITIVE.....	341	FORA D40-G31 TEST		CONTROL.....	654, 813
<i>fluorometholone</i>	940	STRIPS.....	694, 809	FORACARE GDH LOW	
<i>fluorouracil</i>	556	FORA G20... 654, 694, 809, 810		CONTROL.....	654, 813
FLUOVIX.....	534	FORA G30A.....	654, 810	FORACARE GDH NORMAL	
FLUOVIX PLUS.....	533	FORA GD50 BLOOD		CONTROL.....	654, 813
<i>fluoxetine</i>	415	GLUCOSE SYSTEM... 654, 810		FORACARE LANCETS	
FLUOXIA.....	522	FORA GD50 TEST STRIPS		.....	654, 813
<i>fluphenazine hcl</i>	363	.....	695, 810	FORANE.....	144
<i>flurandrenolide</i>	534	FORA GTEL GLUCOSE		<i>formoterol fumarate</i>	101
<i>flurazepam</i>	390, 413	TEST STRIP.....	695, 810	FORTEO.....	438
<i>flurbiprofen</i>	128	FORA GTEL MULTI-		FORTIFY OPT ADV (L.	
<i>flurbiprofen sodium</i>	935	FUNCTN MONITOR... 673, 810		SALIVARUS).....	74
<i>fluticasone propionate</i>		FORA HIGH CONTROL		FORTIFY OPTIMA	
.....	92, 98, 534	.....	654, 811	PROBIOTIC.....	74
<i>fluticasone propion-</i>		FORA LANCING DEVICE		FORTIFY OPTIMA WOMEN	
<i>salmeterol</i>	108	.....	654, 811	ADVANCED.....	74
<i>fluvastatin</i>	198, 199	FORA LOW CONTROL		FORTIFY OPTIMA WOMEN	
<i>fluvoxamine</i>	415, 416	.....	654, 811	PROBIOTIC.....	74
FLUZONE 2025-2026.....	336	FORA NORMAL CONTROL		FORTIFY PROBIOTIC.....	74
FLUZONE 2025-2026 (PF) ..	336	.....	654, 811	FORTIFY PROBIOTIC 50	
FLUZONE HIGH-DOSE		FORA PREMIUM V10		PLUS.....	74
2025-26 (PF).....	336	GLUCOSE METER.....	654, 811	FORTIFY WOMEN	
FML FORTE.....	940	FORA TEST N'GO VOICE		PROBIO(L.SALIV.).....	75
FML LIQUIFILM.....	940	METER.....	654, 811	FORTIFY WOMEN	
FOCALIN.....	403	FORA TEST STRIP.....	695, 811	PROBIOTIC.....	75
FOCALIN XR.....	403	FORA TN'G ADV MOBILE		FOSAMAX.....	459
FOLAGENT DHA.....	310	MULTI MTR.....	673, 811	FOSAMAX PLUS D.....	473
FOLAMAX.....	310	FORA TN'G ADVAN PRO		<i>fosamprenavir</i>	29
FOLAMED DHA.....	310	TEST STRIP.....	696, 811	<i>fosfomycin tromethamine</i>	
FOLAPRIME.....	310	FORA TN'G ADVANCE		.....	31, 915
FOLCYTEINE.....	318	PRO MONITOR.....	673, 812	<i>fosinopril</i>	225
FOLET ONE.....	255, 294			<i>fosinopril-</i>	
FOLETRA.....	272			<i>hydrochlorothiazide</i>	222

FOSRENOL.....	920	FREESTYLE SYSTEM KIT	656, 816	GDRIVE.....	656, 816
FOTIVDA.....	155	.....	656, 816	GE100 BLOOD GLUCOSE	
FRAGMIN.....	236, 237	FREESTYLE TEST.....	699, 816	SYSTEM.....	656, 816
FRAICHE 5000.....	341	FREESTYLE UNISTIK 2		GE100 BLOOD GLUCOSE	
FRAICHE 5000 PREVI.....	341	.....	656, 816	TEST STRIP.....	699, 817
FRAICHE 5000 SENSITIVE	342	FRIVO.....	515	GE100 CONTROL	
FREESTYLE CONTROL		FROTEK.....	504	SOLUTION NORMAL..	656, 817
.....	655, 813	FROVA.....	428	GE333 BLOOD GLUCOSE	
FREESTYLE FLASH		<i>frovatriptan</i>	428	SYSTEM.....	656, 817
SYSTEM.....	655, 814	FRUITIVITS.....	300	GE333 BLOOD GLUCOSE	
FREESTYLE FREEDOM		FRUZAQLA.....	155	TEST STRIP.....	699, 817
.....	655, 814	FULPHILA.....	232	<i>gefitinib</i>	162
FREESTYLE FREEDOM		Fulvicin P/G.....	33	<i>gelatin</i>	903
LITE.....	655, 814	FURADANTIN.....	26, 914	GELCLAIR.....	338
FREESTYLE INSULINX		FUROSCIX.....	194	GELFILM.....	229, 943
.....	655, 698, 814	<i>furosemide</i>	194	GEL-FLOW.....	229
FREESTYLE INSULINX		FUZEON.....	20	GEL-FLOW NT.....	229
TEST STRIPS.....	698, 814	Fyavolv.....	455	GELFOAM.....	230
FREESTYLE LANCETS		FYCOMPA.....	364	GELFOAM COMPRESSED	
.....	655, 814	FYLNETRA.....	233	SIZE 100.....	229
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		Fyremadel.....	477	GELFOAM JMI POWDER...	229
READER.....	655, 814	G TUSSIN AC.....	97	GELFOAM JMI SPONGE...	229
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		<i>gabapentin</i> ...352, 353, 419, 420		GELFOAM SPONGE SIZE	
SENSOR.....	655, 814	GABARONE.....	420	100.....	230
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS		GABLOFEN.....	748	GELFOAM SPONGE SIZE	
SENSOR.....	655, 814	GALAFOLD.....	928	12-7MM.....	230
FREESTYLE LIBRE 2		<i>galantamine</i>	909	GELFOAM SPONGE SIZE	
READER.....	655, 814	Galbriela.....	171	200.....	230
FREESTYLE LIBRE 2		Gallifrey.....	456	GELFOAM SPONGE SIZE	
SENSOR.....	655, 815	GALZIN.....	187	50.....	230
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS		<i>gamma-aminobutyric acid</i> ...	903	GELMIX.....	736
SENSOR.....	655, 815	GAMMAGARD LIQUID.....	328	GEL-ONE.....	749
FREESTYLE LIBRE 3		GAMMAKED.....	328	GELSYN-3.....	749
READER.....	655, 815	GAMUNEX-C.....	329	<i>gemfibrozil</i>	203
FREESTYLE LIBRE 3		<i>ganirelix</i>	477	Gemmily.....	171
SENSOR.....	656, 815	GARDASIL 9 (PF).....	336, 337	GEMTESA.....	922
FREESTYLE LITE METER		<i>garlic</i>	903	GENABIO COVID-19 RAPID	
.....	656, 815	<i>garlic extract</i>	903	AT-HOME.....	591, 817
FREESTYLE LITE STRIPS		GARLICIN CARDIO.....	903	GENADEK.....	322
.....	698, 815	GARLIX.....	903	GENADEK STEP 1.....	310
FREESTYLE PRECISION		GAS RELIEF-PREVENTION.	44	GENADEK STEP 2.....	311
.....	624, 816	GASTRACID.....	65	GENADUR.....	569
FREESTYLE PRECISION		GASTROCROM.....	151	GENADUR (WITH	
NEO METER.....	656, 815	<i>gatifloxacin</i>	930	LEXINAL).....	569
FREESTYLE PRECISION		GATTEX 30-VIAL.....	44	Generlac.....	36
NEO STRIPS.....	698, 816	GATTEX ONE-VIAL.....	44	Gengraf.....	132, 348
FREESTYLE SIDEKICK II		GAVILYTE-C.....	60	GENNAMD.....	903
.....	656, 816	Gavilyte-G.....	60	GENOTROPIN.....	473
		Gavilyte-N.....	60	GENOTROPIN MINIQUECK	473
		GAVRETO.....	159	<i>gentamicin</i>	511, 929

GENTLE IRON.....	276	GLUCOCARD 01 NORMAL		<i>glucosamine-chondroitin</i>	895
GENTLE SKIN CLEANSER	558	CONTROL.....	656, 818	<i>glucosamine-d3-boswellia</i>	
GENTLE SKIN		GLUCOCARD 01 SENSOR		<i>serr</i>	895
CLEANSER(WITH SLS).....	558	PLUS.....	700, 818	<i>glucosamine-d3-hyaluronic</i>	
GENVISC 850.....	749	GLUCOCARD		<i>acid</i>	895
GENVOYA.....	30	EXPRESSION		<i>glucosamine-msm-chondr-</i>	
GEODON.....	354, 385	.....	656, 700, 818, 819	<i>d3-bosw</i>	896
GERI-MUCIL		GLUCOCARD SHINE..	657, 819	<i>glucosam-msm-chond-</i>	
(ASPARTAME).....	56	GLUCOCARD SHINE		<i>hrb149-hyal</i>	896
GERI-MUCIL (SUGAR).....	56	CONNEX METER.....	657, 819	<i>glucose</i>	438
GI PROTECT.....	287	GLUCOCARD SHINE		GLUCOSE CONTROL	657, 821
GILENYA.....	483	EXPRESS METER.....	657, 819	GLUCOSE KETONE	
GILOTRIF.....	161	GLUCOCARD SHINE		CONTROL SOLN.....	657, 821
GIMOTI.....	40	METER.....	657, 819	GLUCOTROL XL.....	460
<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ...	903	GLUCOCARD SHINE		<i>glutamine</i>	39, 253
<i>ginger root-ginger root ext</i> ...	903	METER KIT.....	657, 819	<i>glutamine (sickle cell)</i>	
<i>ginkgo biloba leaf extract</i>	903	GLUCOCARD SHINE TEST		.....	248, 253, 299
GINKGO BILOBA PLUS		STRIPS.....	701, 819	<i>glutaraldehyde</i>	739
(BACOPA).....	903	GLUCOCARD SHINE XL		GLUTAREX-2.....	286, 300
GIRLS TRAINING PANTS		METER.....	657, 819	<i>glutathione (bulk)</i>	737, 898
4T-5T.....	590, 817	GLUCOCARD VITAL...657, 819		<i>glyburide</i>	461
GLASSIA.....	103	GLUCOCARD VITAL		<i>glyburide micronized</i>	460
<i>glatiramer</i>	484	SENSOR.....	701, 820	<i>glyburide-metformin</i>	461
Glatopa.....	484	GLUCOCARD VITAL TEST		<i>glycerin</i>	525
GLEEEVEC.....	155	STRIPS.....	701, 820	GLYCINE UROLOGIC.....	913
GLEOSTINE.....	163	GLUCOCOM AUTOLINK		<i>glycine urologic solution</i>	913
GLIADEL WAFER.....	163	.....	657, 820	<i>glycopyrrolate</i>	43, 343
<i>glimepiride</i>	460	GLUCOCOM BLOOD		<i>glycopyrrolate (pf)</i>	43
<i>glipizide</i>	460	GLUCOSE.....	657, 820	Glydo.....	509
<i>glipizide-metformin</i>	461	GLUCOCOM CONTROL		GLYRX-PF.....	43
GLOPERBA.....	907	HIGH.....	657, 820	GLYTACTIN BETTERMILK	
GLUCAGON (HCL)		GLUCOCOM CONTROL		5-5.....	297
EMERGENCY KIT.....	438	NORMAL.....	657, 820	GLYXAMBI.....	457
Glucagon Emergency Kit		GLUCOCOM GLUCOSE		GM100.....	657, 702, 821
(Human).....	438	.....	702, 821	GOCOVRI.....	422
<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-</i>		GLUCOCOM LANCETS		GOJJI BLOOD GLUCOSE	
<i>c-min</i>	895	.....	657, 821	TEST STRIP.....	702, 822
GLUCERNA 1.5 CAL.....	300	GLUCOSA IMMUNE		GOJJI GLUCOSE CNTRL	
GLUCERNA HUNGER		BOOSTER.....	903	SOL-NORMAL.....	657, 822
SMART.....	300	<i>glucosam su dip-chondroit-c-</i>		GOJJI LANCETS.....	657, 822
GLUCERNA SNACK BAR...300		<i>mn</i>	895	GOJJI LANCING DEVICE	
GLUCO NAVII GLUCOSE		<i>glucosam-chondr-msm-c-</i>		.....	657, 822
MONITOR.....	656, 817	<i>manganes</i>	895	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL	
GLUCO NAVII TEST STRIP		<i>glucosam-chondr-vit c-mn-</i>		METER.....	673, 822
.....	700, 818	<i>boron</i>	895	GOLD BOND	
GLUCOCARD 01 HI-		<i>glucosamine 2kcl-msm-</i>		THERAPEUTIC FOOT.....	547
NORMAL CONTROL...656, 818		<i>chondroit</i>	895	<i>goldenseal root</i>	903
GLUCOCARD 01 METER		<i>glucosamine sulfate</i>	895	GOLYTELY.....	60
.....	656, 818	GLUCOSAMINE-CHONDR-		GOMEKLI.....	157
		D3 (C-MANG).....	895	GONAL-F.....	469

GONAL-F RFF.....	469	HAIR, SKIN AND NAILS		HEMMOREX-HC.....	484
GONAL-F RFF REDI-JECT.....	469	(HERBS).....	311	HEMOFIL M HIGH.....	243
GONITRO.....	223	HAIR,SKIN AND NAILS(FA-		HEMOFIL M LOW.....	243
GOPRELTO.....	85	BIOTIN).....	311	HEMOFIL M MID.....	243
GOTOKNOW COVID-19 AG		<i>halcinonide</i>	535	HEMOFIL M SUPER HIGH.....	243
HOME TEST.....	591, 822	HALCION.....	390, 413	HEP FLUSH-10 (PF) ...	235, 238
GRAFIX CORE.....	491	<i>halobetasol propionate</i>	507, 535	<i>heparin (porcine)</i>	235
GRAFIX PRIME.....	491	Haloette.....	167	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>	
GRAFIX XC.....	491	HALOG.....	536	<i>nacl</i>	235, 238
GRALISE.....	353	<i>haloperidol</i>	387	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	235
<i>granisetron hcl</i>	53	<i>haloperidol lactate</i>	387	<i>heparin lock flush (porcine)</i>	
GRANIX.....	233	HALUCORT.....	547	.....	235, 238
<i>grape seed extract</i>	903	HAPRODERM.....	547	HEPARIN	
GRASTEK.....	327	HARLIKU.....	927	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF	
GREEN TEA-600.....	903	HARMONY GLUCOSE		).....	235, 238
<i>griseofulvin microsize</i>	33	TEST STRIP.....	703, 823	<i>heparin, porcine (pf)</i>	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	33	HARVONI.....	17	.....	235, 236, 238
<i>guaiaicol</i>	737	HAVRIX (PF).....	334	HEPLISAV-B (PF).....	337
GUAIFENESIN AC.....	97	HAXCHLO.....	516	HEPSERA.....	34
GUAIFENESIN DAC.....	96	HAXCHLODREX.....	516	HEPZATO (50 MM	
<i>guanfacine</i>	192, 398	HAXDRAX.....	568	CATHETER).....	149
GUARDIAN 4 GLUCOSE		HCU GEL POWDER.....	298	HEPZATO (62 MM	
SENSOR.....	658, 822	HCU MAXAMUM.....	298	CATHETER).....	149
GUARDIAN 4		HEALON GV PRO.....	937	HER STYLE.....	165, 167
TRANSMITTER.....	658, 822	HEALON PRO.....	937	HERBAL COLON	
GUARDIAN CONNECT		HEALON5 PRO.....	937	CLEANSER.....	900
TRANSMITTER.....	658, 822	HEALTHPRO GLUCOSE		HERNEXEOS.....	159
GUARDIAN LINK 3		MONITOR.....	658, 823	HETLIOZ.....	417
TRANSMITTER.....	658, 822	HEALTHPRO HIGH-LOW		HETLIOZ LQ.....	416
GUARDIAN SENSOR 3		CONTROL.....	658, 823	HEXIOUNYL.....	515
.....	658, 822	HEALTHPRO TEST STRIPS		HI-D ADEK GUMMIES	
GUMMY DINOS.....	322	.....	703, 823	PLUS ZINC.....	294
GVOKE.....	439	HEALTHWISE INSULIN		HI-D DROP.....	322
GVOKE HYOPEN 1-PACK		SYRINGE.....	624, 823	HIGH POTENCY MULTIVIT	
.....	438	HEALTHWISE PEN		(W-IRON).....	294
GVOKE HYOPEN 2-PACK		NEEDLE.....	624, 824	HIGH POTENCY	
.....	438	HEALTHY EYES LUTEIN-		MULTIVITAMIN.....	294
GVOKE PFS 1-PACK		ZEAXANTHIN.....	898	HISTEX-AC.....	95
SYRINGE.....	439	HEALTHY EYES		HIXDEFRIMA.....	568
GVOKE PFS 2-PACK		SUPERVISION2.....	898	HIZENTRA.....	329
SYRINGE.....	439	Heather.....	168	HOMATROPAIRE.....	937
GYNAZOLE-1.....	742	HEMADY.....	466	HOME NEBULIZER PLUS	
HAEGARDA.....	231	HEMANGEOL.....	220	SIDESTREAM.....	727, 824
Hailey.....	172	HEMATEX.....	274	HOMINEX-2.....	298
Hailey 24 Fe.....	171	HEMATOGEN.....	276	HORIZANT.....	435
Hailey Fe 1.5/30 (28).....	171	HEMATOGEN FORTE.....	276	HORMONE PROTECT.....	903
Hailey Fe 1/20 (28).....	172	HEMATRON-AF.....	276	HORNY GOAT WEED	
HAIR, SKIN AND NAILS		HEMAX.....	276	PLUS.....	903
(BIOTIN).....	283	HEMICLOR.....	212	HOVYN.....	544
		HEMLIBRA.....	229	HPR.....	547

HPR PLUS.....	547	HYDRATING		HYDROXYM.....	538
HPR PLUS HYDROGEL.....	523	ELECTROLYTE.....	289	<i>hydroxypropyl cellulose</i>	734
HPR PLUS-MB HYDROGEL		HYDRATING		<i>hydroxyurea</i>	151
.....	524	ELECTROLYTE SF.....	289	<i>hydroxyzine hcl</i>	399
HUMALOG JUNIOR		HYDRATION MULTIPLI		<i>hydroxyzine pamoate</i>	399
KWIKPEN U-100.....	443	SUGAR FREE.....	289	HYFTOR.....	499
HUMALOG KWIKPEN		HYDRATION MULTIPLIER		HYGIENIC CLEANSING	
INSULIN.....	443	IMMUNE.....	289	LOTION.....	547
HUMALOG MIX 50-50		HYDREA.....	151	HYLAZINC.....	272
KWIKPEN.....	440	HYDRO 35.....	500	HYMOVIS.....	749
HUMALOG MIX 75-25		HYDRO 40.....	500	HYMPAVZI PEN.....	229
KWIKPEN.....	440	<i>hydrochlorothiazide</i>	212, 213	<i>hyoscyamine sulfate</i> 47, 48, 916	
HUMALOG MIX 75-25(U-		<i>hydrocodone bitartrate</i>	113	HYOSYNE.....	48, 916
100)INSULN.....	440	<i>hydrocodone-</i>		HYPER-SAL.....	735
HUMALOG TEMPO PEN(U-		<i>acetaminophen</i>	121, 140, 141	HYPOCYN ANTIPRURITIC	
100)INSULN.....	443	<i>hydrocodone-</i>		.....	495, 739
HUMALOG U-100 INSULIN	443	<i>chlorpheniramine</i>	102	HYPOCYN DERMAL...495, 739	
HUMATE-P.....	243	<i>hydrocodone-homatropine</i>	96	HYPOLANCE AST	
HUMATROPE.....	474	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> 121, 141		LANCING.....	658, 824
HUMIRA.....	63, 111, 143	<i>hydrocortisone</i>		<i>hypromellose</i>	734
HUMIRA PEN.....	63, 111, 143	.....	66, 466, 485, 537, 538	HYQVIA.....	329
HUMIRA(CF).....	63, 111, 143	<i>hydrocortisone acetate</i>		HYSINGLA ER.....	114
HUMIRA(CF) PEN.63, 111, 143		.....	484, 485, 536	HYZAAR.....	209
HUMIRA(CF) PEN		<i>hydrocortisone butyrate</i>		<i>ibandronate</i>	459
CROHNS-UC-HS..	63, 111, 143	.....	536, 537	IBRANCE.....	160, 161
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		HYDROCORTISONE		IBSRELA.....	39
UV-ADOL HS.....	63, 111, 143	LOTION COMPLETE.....	492	IBTROZI.....	155
HUMULIN 70/30 U-100		<i>hydrocortisone sod</i>		Ibu.....	128
INSULIN.....	475	<i>succinate</i>	466	IBUPAK.....	128
HUMULIN 70/30 U-100		<i>hydrocortisone valerate</i>	538	<i>ibuprofen</i>	128
KWIKPEN.....	475	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...738		<i>ibuprofen-famotidine</i>	124
HUMULIN N NPH INSULIN		<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		<i>icatibant</i>	193
KWIKPEN.....	476	<i>aloe2</i>	512	Iclevia.....	172
HUMULIN N NPH U-100		<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ... 516		ICLOFENAC CP.....	566
INSULIN.....	476	<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		ICLUSIG.....	163
HUMULIN R REGULAR U-		<i>aloe</i>	512	<i>icosapent ethyl</i>	201
100 INSULN.....	475	<i>hydrocortisone-pramoxine</i>		ID NOW COVID-19 TEST	
HUMULIN R U-500 (CONC)		.....	485, 538, 555	KIT.....	591, 824
INSULIN.....	475	<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>		IDARAN.....	552
HUMULIN R U-500 (CONC)		.....	737, 738	IDEAL BOWEL SUPPORT...75	
KWIKPEN.....	475	Hydromet.....	96	IDELVION.....	246
HURRI-FREEZE.....	521	<i>hydromorphone</i>	114	IDHIFA.....	153
HYALGAN.....	749	<i>hydromorphone (pf)</i>	114	IDYYXIATAR.....	578
HYCAMTIN.....	163	<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>		IGALMI.....	424
HYCLODEX.....	494, 739	<i>nacl</i>	114	IGG 2000 CWP.....	287
HYCODAN (WITH		<i>hydroquinone</i>	503	IGG PURE.....	287
HOMATROPINE).....	96	<i>hydroxocobalamin</i>	272	IHEALTH CONTROL SOLN	
<i>hydralazine</i>	227	<i>hydroxychloroquine</i>	16, 132	LEVEL 2.....	658, 824
HYDRALYTE.....	289	<i>hydroxyethyl</i>		IHEALTH COVID-19 AG	
HYDRALYTE PLUS.....	289	<i>methacrylate,bulk</i>	737	HOME TEST.....	591, 824

IHEALTH GLUCO PLUS		INCRELEX.....464	INNOSPIRE
METER.....658, 824		INCRUSE ELLIPTA.....90	REPLACEMENT FILTER
IHEALTH GLUCOSE TEST		<i>indapamide</i> 213	727, 826
STRIP.....703, 824		INDERAL LA.....220	<i>inositol</i> 286
IHEEZO (PF).....947		INDERAL XL.....221	<i>inositol-choline bitartrate</i> 214
ILET INFUSION KIT-INSET		INDICAID COVID-19 AG	INPEFA.....436
23".....720, 824		HOME TEST.....591, 825	INPEN (FOR HUMALOG)
ILET INFUSION KIT-INSET		<i>indomethacin</i> 131	BLUE.....625, 826
32".....720, 824		INFANT-TODDLER	INPEN (FOR HUMALOG)
ILET INFUSION-CONTACT		MULTIVIT.....268	GREY.....625, 826
DTCH 23".....720, 824		INFANT-TODDLER	INPEN (FOR HUMALOG)
ILET INSULIN PUMP..672, 824		MULTIVITAMIN.....268	PINK.....625, 826
ILET STARTER KIT		INFANT-TODDLER	INPEN (NOVOLOG OR
CONTACT.....670, 825		MULTIVIT-IRON.....322	FIASP) BLUE.....625, 827
ILET STARTER KIT-INSET		INFASURF.....104	INPEN (NOVOLOG OR
.....670, 825		INFINITY CONTROL	FIASP) GREY.....625, 827
ILEVRO.....935		SOLUTION HIGH.....658, 825	INPEN (NOVOLOG OR
ILEXOR.....522		INFINITY CONTROL	FIASP) PINK.....625, 827
ILIDERM.....569		SOLUTION LOW.....658, 825	INQOVI.....160
<i>imatinib</i> 155		INFINITY CONTROL	INREBIC.....158
IMBRUVICA.....148, 155		SOLUTION NORM.....658, 825	INSPIRACHAMBER...727, 827
IMIOXIA.....515		INFINITY METER KIT. 658, 825	INSPIRACHAMBER WITH
<i>imipramine hcl</i> 396		INFINITY STARTER KIT	MASK-LARGE.....727, 827
<i>imipramine pamoate</i> 396		658, 825	INSPIRACHAMBER WITH
<i>imiquimod</i> 556		INFINITY TEST STRIPS	MASK-MED.....728, 827
IMITREX.....428		704, 826	INSPIRACHAMBER WITH
IMITREX STATDOSE PEN.428		INFLAMMACIN.....125	MASK-SMALL.....728, 827
IMITREX STATDOSE		INFLAMMA-K.....566	INSPIRATION ELITE
REFILL.....428		INFLATHERM(DICLOFENA	FILTER.....728, 827
IMKELDI.....155		C-MENTHOL).....125	INSPIRA.....212, 224
IMMUNERX.....311		INGREZZA.....425, 432, 433	INSTA-GLUCOSE (WITH
IMPACT ADVANCED		INGREZZA INITIATION	DEXTRIN).....439
RECOVERY.....300		PK(TARDIV).....425, 432	INSUFロン.....719, 827
IMPAVIDO.....31		INGREZZA SPRINKLE	INSUL-CAP.....659, 827
IMPOYZ.....507, 538		426, 432, 433	INSUL-EZE.....659, 827
IMURAN.....132, 349		INJECT EASE LANCETS	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> 440
INBRIJA.....421		658, 826	<i>insulin aspart u-100</i> 444
Incassia.....168		INLYTA.....155	<i>insulin glargine-yfgn</i> 441
IN-CHECK NASAL WITH		INNOPRAN XL.....221	<i>insulin lispro</i> 444
MASK.....675, 825		INNOSPIRE DELUXE. 727, 826	<i>insulin lispro protamin-lispro</i> 440
IN-CHECK ORAL FLOW		INNOSPIRE ELEGANCE	<i>insulin syrlndl u100 half</i>
METER.....675, 825		727, 826	<i>mark</i> 625, 827
INCONTROL LANCING		INNOSPIRE ESSENCE	INSULIN SYRINGE....625, 827
DEVICE.....658, 825		727, 826	<i>insulin syringe-needle u-100</i>
INCONTROL PEN NEEDLE		INNOSPIRE GO	626, 828
.....625, 825		NEBULIZER.....593, 826	<i>insulin u-500 syringe-needle</i>
INCONTROL SUPER THIN		INNOSPIRE MINI.....727, 826	626, 828
LANCETS.....658, 825			INSUPEN PEN NEEDLE
INCONTROL ULTRA THIN			626, 828
LANCETS.....658, 825			

INSYTE IV CATHETER	I-SIGHT	898	Jasmiel (28)	172
.....594, 828	isoflurane	144	JATENZO	446, 447
INTEGRA SYRINGE ...	ISOLEUCINE 1000	253, 298	Javygtor	925
INTELENCE	ISOLEUCINE AMINO ACID		JAYPIRCA	148, 155
INTELISWAB COVID-19	SUPPLMNT	253, 298	Jaythari	466
HOME TEST	isoniazid	22	JELMYTO	148
INTENSE DRY SKIN	isopropyl alcohol	736	Jencycla	168
THERAPY	ISORDIL	223	JENTADUETO	479
INTERLINK LEVER LOCK	ISORDIL TITRADOSE	223	JENTADUETO XR	479
CANNULA	isosorbide dinitrate	223	Jinteli	455
INTERLINK SYRINGE AND	isosorbide mononitrate	223	JIVI	244
CANNULA	isosorbide-hydralazine	210	JOENJA	926
Introvale	isotretinoin	583	JOINT COMFORT AND	
INTUNIV ER	isradipine	207	MOVEMENT	904
INVACARE LANCETS	ISTALOL	936	JOINT HEALTH-BONE	
INVEGA	ISTURISA	458	STRENGTH	266
INVELTYS	IS-ZC 50	285	JOLESSA	172
INVOKAMET	ITHOXIA	581	JORNAY PM	404
INVOKAMET XR	ITOVEBI	153	JOURNAVX	110
INVOKANA	itraconazole	15	Joyeaux	172
INZDEAXIATAR	ivabradine	220	JUBLIA	554
INZDEAXIAR	I-VALEX-2	297	Juleber	172
INZDEOXIA	IVENIX ADMIN SET 2INLET		JULUCA	19
INZIRQO	2YSITE	594, 829	Junel 1.5/30 (21)	172
IODOFLEX	IVENIX ADMIN SET 2INLET		Junel 1/20 (21)	172
IODOSORB	Y-SITE	594, 829	Junel Fe 1.5/30 (28)	172
IOPIDINE	IVENIX LVP EPIDURAL		Junel Fe 1/20 (28)	172
IPOL	SET NRFIT	584, 829	Junel Fe 24	173
I-PORT	ivermectin	2, 553	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-	
I-PORT ADVANCE 6 MM	IWILFIN	147	PROBIOTIC	322
INJEC PORT	IXINITY	246	JUST RIGHT 5000	342
I-PORT ADVANCE 9 MM	IYUZEH (PF)	949	JUVAZIN	522
INJEC PORT	JADENU	185	JUVEN (WITH COLLAGEN)	287
ipratropium bromide	JADENU SPRINKLE	186	JUXTAPID	195
ipratropium-albuterol	Jaimiess	182	JYLAMVO	141, 149
IQIRVO	JAKAFI	161	JYNARQUE	921
irbesartan	JALYN	911	K1-1000	317
irbesartan-	Jantoven	235	K2-D3 MAX	319
hydrochlorothiazide	JANUMET	479	Kaitlib Fe	173
IRESSA	JANUMET XR	479	KALETRA	25
IRON (FERROUS	JANUVIA	477	Kalliga	173
SULFATE)	JARDIANCE	449	KALYDECO	86
iron bisglycinate chelate	JARRO-DOPHILUS		KANGAROO 924 SAFETY	
IRON FOLATE PLUS	ALLERGEN FREE	75	SCREW	616, 829
iron,carbonyl-vitamin c	JARRO-DOPHILUS BABY	75	KANGAROO EPUMP SET	
IRRIGATION SYRINGE	JARRO-DOPHILUS EPS	75	616, 829	
.....605, 829	JARRO-DOPHILUS PLUS		KANGAROO GRAVITY SET	
ISENTRESS	FOS	75	616, 829	
ISENTRESS HD	JARRO-DOPHILUS		KAPSPARGO SPRINKLE	210
Isibloom	WOMEN	75	KARBINAL ER	89, 95

Kariva (28).....	182	KHINDIVI.....	466	KOGENATE FS.....	244
KATARAXAP.....	517	KIDS BONES-MUSCLES....	266	KONSYL SUGAR-FREE.....	56
KATARVIA.....	517	KIDS BRAIN BUILDER.....	320	KONVOMEPI.....	64
KATARYA.....	518	KIDS MELATONIN.....	419	KOREAN GINSENG.....	904
KATARYAXN.....	518	KIDS MULTI ZERO.....	322	KORLYM.....	480
KATERZIA.....	207	KIDS SLEEP CALM.....	417	KOSELUGO.....	157
KAXM.....	503	KIDS SLEEP IMMUNE		KOSHER PRENATAL PLUS	
KAZANO.....	479	HEALTH.....	417	IRON.....	255
KAZURI.....	499	KIMONO LUBRICATED		KOTARAXAP.....	518
KEFUNOVA.....	554	CONDOMS.....	587, 830	KOVALTRY.....	244
KEIDO.....	518	KIMONO MICROTHIN		K-PHOS NO 2.....	915
Kelnor 1/35 (28).....	173	AQUA LUBE CON.....	587, 830	K-PHOS ORIGINAL.....	915
Kelnor 1/50 (28).....	173	KIMONO MICROTHIN		KPN.....	255
KELOTOP.....	732, 829	CONDOMS.....	587, 830	KRAZATI.....	159
KENALOG.....	466, 538	KIMONO MICROTHIN		<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>	
KENALOG-80.....	466	LARGE CONDOMS.....	587, 830	<i>ast.....</i>	214
KENDALL DISINFECTANT		KIMONO TEXTURED		KRINTAFEL.....	16
CAP.....	615, 829	CONDOMS.....	587, 830	Kristalose.....	83
KENGUARD FOLEY		KIMONO THIN		Kurvelo (28).....	173
CATHETER.....	614, 615, 829	LUBRICATED CONDOMS		KUTAR.....	518
KEPPRA.....	412	.....	587, 830	KUTARVIA.....	518
KEPPRA XR.....	412	KINDERLYTE HERBAL		KUTARYAXM.....	518
KERAGEL.....	497, 829	IMMUNITY.....	289	KUTARYAXMPA.....	518
KERAGELT.....	497, 829	KINDERMED INFANTS		KUTEA.....	503
KERALYT.....	500	COUGH PLUS.....	897	KUVAN.....	925
KERAMATRIX.....	583	KINDERMED INFANTS		KUVARYA.....	518
KERASTAT.....	526	NIGHT COUGH.....	897	KUVARYE.....	519
KERAXA.....	566	KINERET.....	136	KUXM.....	503
KERENDIA.....	224	Kionex (With Sorbitol).....	301	KYLEENA.....	181
KERIDA.....	499	Kiprofen.....	128	KYNARA.....	499
KERLIX AMD.....	497, 829	KIRSTY.....	444	KYZATREX.....	447
KESIMPTA PEN.....	481	KIRSTY PEN.....	444	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	
KETARYA.....	518	KISQALI.....	161	.....	166, 182
<i>ketoconazole.....</i>	33, 561	KITABIS PAK.....	99	<i>l. acidophilus-b. coagulans....</i>	75
Ketodan.....	561	KLARITY (CHONDROITIN)		L.E.T. (LIDO-EPINEPH-	
KETODAN KIT.....	561	(PF).....	932	TETRA).....	509, 510
KETONE CARE.....	719, 829	KLARON.....	565	L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-	
KETONE URINE TEST.....	719, 829	Klayesta.....	545	TETRA).....	510
KETONEX-2.....	298	KLISYRI (250 MG).....	499	<i>labetalol.....</i>	208
<i>ketoprofen.....</i>	128	KLISYRI (350 MG).....	499	<i>lacosamide.....</i>	365
<i>ketorolac.....</i>	129, 130, 935	KLONOPIN.....	390, 393, 414	<i>lactase.....</i>	49
KETOSTIX.....	719, 829	Klor-Con.....	292	<i>lactated ringers.....</i>	318
KEVARAXAP.....	518	Klor-Con 10.....	292	LACTEOL DIARRHEASE.....	76
KEVARTIA.....	518	KLOR-CON 8.....	292	LACTEOL DIARRHEASE	
KEVARYA.....	518	Klor-Con M10.....	292	KIDS.....	75
KEVEYIS.....	745	Klor-Con M15.....	292	<i>lactobacillus acidophilus.....</i>	76
KEVZARA.....	136, 137	Klor-Con M20.....	292	<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar</i>	76
KEXM.....	503	KLOR-CON/EF.....	292	LACTOVIVE.....	76
KEYA.....	518	KLOXXADO.....	187	<i>lactulose.....</i>	36, 84
KEYFOLIC.....	311	KOATE.....	244	LAGEVRIO (EUA).....	33

LAMICTAL.....	366	LASIX.....	194	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	
LAMICTAL ODT.....	357, 366	<i>latanoprost</i>	949	.....	179
LAMICTAL ODT STARTER		LATUDA.....	385	Levora-28.....	174
(BLUE).....	357, 366	LAYOLIS FE.....	173	<i>levorphanol tartrate</i>	114
LAMICTAL ODT STARTER		LAZCLUZE.....	162	LEVO-T.....	471
(GREEN).....	357, 366	LC PLUS.....	593, 830	<i>levothyroxine</i>	471
LAMICTAL ODT STARTER		LC PLUS NEBULIZER-PED		LEVOXYL.....	471
(ORANGE).....	357, 366	MASK.....	593, 830	LEVSIN.....	48, 916
LAMICTAL STARTER		LC-655.....	267	LEVSIN/SL.....	48, 916
(BLUE) KIT.....	357, 366	L-CARNITINE.....	282	LEVULAN.....	509
LAMICTAL STARTER		L-CARNITINE (TARTRATE)	282	LEXAPRO.....	416
(GREEN) KIT.....	357, 366	<i>l-cystine</i>	253	Lexette.....	507, 539
LAMICTAL STARTER		LDO PLUS.....	510	LIALDA.....	37
(ORANGE) KIT.....	357, 366	<i>lecithin, soy</i>	190	LIBERVANT.....	391, 393
LAMICTAL XR.....	367	LEENA 28.....	178	LIBRAX (WITH CLIDINIUM)	
LAMICTAL XR STARTER		LEFLUNICLO.....	137, 504	.....	43, 45, 391
(BLUE).....	367	<i>leflunomide</i>	137	LICART.....	505
LAMICTAL XR STARTER		<i>lenalidomide</i>	162	LICE-BEDBUG-MITE	
(GREEN).....	367	LENVIMA.....	155	BEDDING.....	488
LAMICTAL XR STARTER		LEQEMBI IQLIK.....	908	<i>licorice root (g.glabra)</i>	904
(ORANGE).....	367	LEQSELVI.....	486	LIDO BDK.....	674
LAMIOFLUR.....	343	Lessina.....	173	<i>lidocaine</i>	510
<i>lamivudine</i>	21, 33	LETAIRIS.....	217	<i>lidocaine hcl</i>	145, 338, 510
<i>lamivudine-zidovudine</i>	18	<i>letrozole</i>	164	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>	
<i>lamotrigine</i>	357, 358, 367	<i>leucovorin calcium</i>	148	<i>ac</i>	485, 555
LAMPIT.....	24	LEUKERAN.....	149	Lidocaine Viscous.....	338
<i>lancets</i>	659, 830	LEUKINE.....	236	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>	
LANCETS, SUPER THIN		<i>leuprolide</i>	164	<i>aloe</i>	485
.....	659, 830	<i>levalbuterol hcl</i>	101	<i>lidocaine-prilocaine</i>	569
LANCETS, THIN.....	659, 830	<i>levalbuterol tartrate</i>	102	<i>lidocaine-racepinep-</i>	
LANCETS, ULTRA THIN		<i>levamlodipine</i>	207	<i>tetracaine</i>	510
.....	659, 830	LEVBID.....	48, 916	<i>lidocaine-tetracaine</i>	510
<i>lancing device</i>	659, 830	<i>levetiracetam</i>	412	Lidocan lii.....	510
LANCING DEVICE WITH		LEVICYN ANTIPRURITIC		Lidocan Iv.....	510
LANCETS.....	659, 830	.....	490, 493	Lidocan V.....	510
<i>lancing device with lancets</i>		LEVICYN ANTIPRURITIC		LIDODERM.....	510
.....	659, 830	SG.....	547	LIDOMARK 1-5.....	145
LANCING SYSTEM.....	659, 830	LEVICYN DERMAL.....	495	LIDOMARK 2-5.....	145
LANOLIN (HPA).....	526	<i>levobunolol</i>	936	LIDOPIN.....	510
LANOXIN.....	189	<i>levocarnitine</i>	282, 928	LIDOPURE PATCH.....	510
<i>lansoprazole</i>	50, 51	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	928	LIDORX.....	510
<i>lanthanum</i>	920	<i>levocarnitine tartrate</i>	282	LIDTOPIC.....	511
LANZO LANCING DEVICE		<i>levocetirizine</i>	89, 104	LIDTOPIC MAX.....	511
.....	659, 830	<i>levofloxacin</i>	7, 930	LIKMEZ.....	17
<i>lapatinib</i>	162	Levonest (28).....	179	LILETTA.....	181
Larin 1.5/30 (21).....	173	<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>		<i>linezolid</i>	7
Larin 1/20 (21).....	173	<i>iron</i>	173	LINZESS.....	40, 54
Larin 24 Fe.....	173	<i>levonorgestrel</i>	166, 167	Liomny.....	470
Larin Fe 1.5/30 (28).....	173	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	174	LIORESAL.....	748
Larin Fe 1/20 (28).....	173			<i>liothyronine</i>	470

LIPITOR.....	199	LOFRIC ORIGO	615, 831	LUGOLS.....	268, 740
LIPOCHOL PLUS.....	214	LOFRIC PRIMO NELATON		<i>luliconazole</i>	561
LIPOFEN.....	204	CATHETER.....	615, 831	LUMAKRAS.....	159
LIPO-FLAVONOID	284	LOFRIC SENSE NELATON		LUMIGAN.....	949
LIQREV.....	191	CATHETER.....	615, 831	LUMRYZ.....	361
LIQUICAL PLUS.....	266	Lojaimiess.....	182	LUMRYZ STARTER PACK.	361
LIQUID C.....	280	LOKELMA.....	302	LUNESTA.....	383
LIQUID MULTIVITAMIN.....	311	LOMOTIL.....	47	LUPKYNIS.....	348
<i>liraglutide</i>	452	LONSURF.....	151	<i>lurasidone</i>	385
<i>lisdexamfetamine</i>	404	<i>loperamide</i>	44	Lurbipr.....	128
<i>lisinopril</i>	225	LOPID.....	204	Lurbiro.....	128
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>lopinavir-ritonavir</i>	25	<i>lutein</i>	899
.....	222	LOPRESSOR.....	210	LUTEIN PLUS WITH	
LITE TOUCH-MEDIUM		LOPROX (AS OLAMINE)....	568	ZEAXANTHIN.....	311, 899
MASK.....	728, 830	LOPROX KIT.....	568	<i>lutein-zeaxanthin</i>	899
LITEAIRE MDI CHAMBER		<i>lorazepam</i>	391, 414	<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>	
.....	728, 830	Lorazepam Intensol....	391, 414	.....	899
LITETOUCH-LARGE MASK		LORBRENA.....	153	Lutera (28).....	174
.....	728, 831	LOREEV XR.....	391, 415	LUXAMEND.....	547
LITETOUCH-SMALL MASK		LORMATE.....	318	LUXIQ.....	539
.....	728, 831	Loryna (28).....	174	LUZU.....	561
LITFULO.....	486	<i>losartan</i>	196	LYBALVI.....	355, 384, 388
<i>lithium carbonate</i>	397	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	209	Lyleq.....	168
<i>lithium citrate</i>	397	LOTEMAX.....	940, 941	Lyllana.....	464
LITHOBID.....	397	LOTEMAX SM.....	941	LYNPARZA.....	154
LITHOLYTE.....	914	LOTENSIN.....	225	LYRICA.....	365, 420
LITHOSTAT.....	910	LOTENSIN HCT.....	222	LYRICA CR.....	353, 362, 426
LITTLE ANIMALS.....	268	<i>loteprednol etabonate</i>	941	<i>lysine hcl</i>	253
LIVALO.....	199	Lotrel.....	221	LYSODREN.....	151
LIVDELZI.....	109	LOTREL.....	221	LYTGOBI.....	151
LIVER PROTECT.....	899	LOTREXONE.....	110	LYUMJEV KWIKPEN U-100	
LIVITA FOR ADULT.....	311	LOTRONEX.....	39	INSULIN.....	444
LIVITA FOR CHILDREN.....	322	LOUNZDOMDIOXIATAR....	576	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
LIVMARLI.....	109, 110	LOUTREX.....	513, 547	INSULIN.....	444
LIVTENCITY.....	25	<i>lovastatin</i>	199	LYUMJEV TEMPO PEN(U-	
L-MESITRAN SOFT.....	497	Lovaza.....	201	100)INSULN.....	445
LMR PLUS.....	569	LOVENOX.....	237	LYUMJEV U-100 INSULIN..	445
LO LOESTRIN FE.....	182	Low-Ogestrel (28).....	174	LYVISPAH.....	748
LOCOID.....	539	<i>loxapine succinate</i>	387	Lyza.....	168
LOCOID LIPOCREAM.....	539	LOYON.....	547	<i>maca</i>	904
Lodine.....	131	Lo-Zumandimine (28).....	174	MACROBID.....	26, 914
LODOCO.....	110	<i>lubiprostone</i>	39, 64, 65	<i>mafenide acetate</i>	549
LODOSYN.....	423	LUCEMYRA.....	344	<i>mag citrate-potassium citrate</i>	
Loestrin 1.5/30 (21).....	174	LUCIRA CHECK-IT COVID		.....	290
Loestrin 1/20 (21).....	174	HOME TST.....	592, 831	MAGE.....	76
Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day).	174	LUER LOCK SYRINGE		MAGELLAN INSULIN	
Loestrin Fe 1/20 (28-Day)....	174	.....	605, 831	SAFETY SYRNG.....	626, 831
Lofena.....	127	LUER SLIP TIP SYRINGE		MAGELLAN SAFETY	
<i>lofexidine</i>	344	TRAY.....	605, 831	SYRINGE.....	605, 831
LOFRIC.....	615, 831	LUER-LOK TIP.....	605, 831		

MAGELLAN SYRINGE 605, 626, 832	MAXFE (FOLATE).....276	MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE.....659, 833
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER..... 615, 832	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE..... 627, 832	MEDORFA.....503
<i>magnesium chloride</i> 267	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE..... 627, 832	MEDORFA HP.....503
<i>magnesium citrate</i> 267	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE..... 627, 832	MEDORFA HP PLUS..... 503
<i>magnesium citrate,mag oxide</i> 267	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....627, 832	MEDORFA LP..... 503
<i>magnesium citrate-lemon balm</i> 290	MAXIDEX..... 941	MEDORFA PLUS..... 519
MAGNESIUM COMPLEX...267	MAXITROL..... 944	MEDROL..... 466
<i>magnesium gluconate</i> 267	MAXI-TUSS AC..... 97	MEDROL (PAK).....466
<i>magnesium glycinate</i> 267	MAXI-TUSS CD.....96	MEDROLOAN II SUIK..... 466
MAGNESIUM OPTIMIZER..290	MAYZENT..... 483	MEDROLOAN SUIK..... 466
<i>magnesium oxide</i> 54, 267	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)..... 483	<i>medroxyprogesterone</i> ..183, 456
MALARONE..... 28	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)..... 483	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" 720, 833
MALARONE PEDIATRIC..... 28	MB HYDROGEL..... 524	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" 720, 833
<i>malathion</i> 488	MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE)..... 524	<i>mefenamic acid</i> 127
<i>maraviroc</i> 32	MC 300 NEBULIZER W- MOUTHPIECE.....593, 832	<i>mefloquine</i> 17
MAR-COF BP.....96	MC 300 NEBULIZER- UNVRSL TUBING..... 593, 832	MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH..... 214
MAR-COF CG..... 97	MCT OIL.....299	MEGARED ADVANCED 4- IN-1.....214
MARINOL..... 42, 363, 924	MCT PRO-CAL.....300	MEGARED ADVANCED TOTAL BODY.....214
Marlissa (28)..... 174	<i>meclizine</i> 41	MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL.....214
MARNATAL-F.....255	<i>meclofenamate</i> 126	<i>megestrol</i> 164, 923
MARPLAN..... 399	<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> . 272	MEKAM..... 519
MARVONA SUIK (PF)..... 145	MECORIX.....519	MEKAM HP..... 519
MATERVIA.....280	MECORIX HP.....519	MEKINIST..... 157
MATULANE..... 164	MECORIX PLUS..... 519	MEKTOVI..... 157
Matzim La.....206	MEDCAPS MENOPAUSE...904	<i>melatonin</i> 419, 896
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....480	MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY)....497, 832	MELATONINMAX.....419
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....480	MEDIHONEY (HONEY).....497	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i> 417, 904
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....480	MEDISENSE..... 659, 832	<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i> 417, 418, 904
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....481	MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO.....659, 833	<i>melatonin-theanine</i> 418
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....481	MEDISENSE GLUCOSE KETONE.....659, 833	Meleya..... 168
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....481	MEDISENSE MID CONTROL.....659, 833	MELIDU..... 519
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....481	MEDISENSE THIN LANCETS..... 659, 833	MELONDIS.....519
MAVILO..... 519	<i>medium chain triglycerides</i> ..299	MELONDIS PLUS..... 519
MAVILO HP..... 519	MEDLANCE PLUS LANCETS..... 659, 833	<i>meloxicam</i> 129
MAVILO LP.....519		<i>meloxicam submicronized</i> ... 129
MAVYRET..... 28		<i>memantine</i> 909, 910
MAX SLEEP JUNIOR.....419		<i>memantine-donepezil</i> 908
MAXALT..... 428		MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN..... 311
MAXALT-MLT.....428		MENEST.....464
		MENOFEM..... 904

MENOPUR.....	472	<i>me-thfolate glucos-</i>		MICRO BLOOD GLUCOSE	
MENOSTAR.....	464	<i>mecobalamin</i>	319	.....	704, 833
MENQUADFI (PF).....	326	<i>methimazole</i>	437	MICRO THIN LANCETS	
MEN'S 50 PLUS		METHIONINE.....	253, 298	.....	659, 833
MULTIVITAMIN.....	311	METHITEST.....	447	MICROAIR MESH	
MEN'S DAILY GUMMIES...	312	<i>methocarbamol</i>	748	NEBULIZER.....	593, 833
MEN'S DAILY		METHOCEL E 4 M.....	734	MICROCHAMBER.....	728, 833
MULTIVITAMIN.....	312	<i>methotrexate sodium</i>		MICROCYN.....	495, 739
MEN'S MULTIVITAMIN.....	312	.....	141, 149, 150	MICRODOT BLOOD	
MEN'S MULTIVITAMIN		<i>methotrexate sodium (pf)</i>		GLUCOSE SYSTEM	
GUMMIES.....	312	.....	141, 149	.....	660, 704, 834
MENTHO-CAINE.....	569	<i>methoxsalen</i>	503	MICRODOT HIGH-LOW	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		<i>methscopolamine</i>	48	CONTROL.....	660, 834
(PF).....	326	<i>methsuximide</i>	379	MICRODOT NORMAL	
<i>meperidine</i>	114	METHYL PROTECT.....	320	CONTROL.....	660, 834
<i>meperidine (pf)</i>	114	<i>methyl salicylate</i>	489	MICRODOT XTRA BLOOD	
<i>meprobamate</i>	399	<i>methyldopa</i>	192	GLUCOSE.....	705, 834
MEPRON.....	31	<i>methyldopa-</i>		Microgestin 1.5/30 (21).....	175
<i>mercaptapurine</i>	150	<i>hydrochlorothiazide</i>	192	Microgestin 1/20 (21).....	175
MERILOG.....	445	<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ..	736	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	175
MERILOG SOLOSTAR.....	445	<i>methylergonovine</i>	478	Microgestin Fe 1/20 (28).....	175
Merzee.....	174	METHYLIN.....	359, 404	MICROLET 2 LANCING	
<i>mesalamine</i>	37	<i>methylphenidate</i>	406	DEVICE.....	660, 834
<i>mesalamine with cleansing</i>		<i>methylphenidate hcl</i>		MICROLET LANCET...	660, 834
<i>wipe</i>	37	.....	359, 404, 405	MICROLET NEXT LANCING	
<i>mesna</i>	147	<i>methylprednisolone</i>	466	DEVICE.....	660, 834
MESNEX.....	148	<i>methyltestosterone</i>	447	MICROLIFE PEAK FLOW	
MESTINON.....	744	<i>methyltetrahydrofolate</i>		METER.....	675, 834
MESTINON TIMESPAN.....	744	<i>glucos</i>	273	MICRONEX.....	294
METADATE CD.....	404	<i>metoclopramide hcl</i>	40	<i>microplegic solution no.1</i>	750
Metadate Er.....	404	<i>metolazone</i>	213	MICROSPACER.....	728, 835
METAMUCIL (INULIN-		<i>metoprolol succinate</i>	210	MICURADERM.....	513, 547
CORN FIBER).....	56	<i>metoprolol ta-</i>		<i>midazolam</i>	144, 391, 413
METANX FC.....	320	<i>hydrochlorothiaz</i>	204	<i>midazolam (pf)</i>	144, 391
<i>metaxalone</i>	748	<i>metoprolol tartrate</i>	211	<i>midodrine</i>	227
METDRAY.....	525	METROCREAM.....	553	MIEBO (PF).....	932
METER-CHECK.....	659, 833	METROGEL.....	553	MIFEPREX.....	437
<i>metformin</i>	446	METROLOTION.....	553	<i>mifepristone</i>	437, 480
<i>methadone</i>	114, 115	<i>metronidazole</i> ..	17, 18, 553, 742	MIGERGOT.....	435
Methadone Intensol.....	115	<i>metyrosine</i>	192	<i>miglitol</i>	461
METHADOSE.....	115	<i>mexiletine</i>	213	<i>miglustat</i>	927
Methadose.....	115	MIACALCIN.....	460	MIGRANAL.....	431
<i>methamphetamine</i>	381, 404	Mibelas 24 Fe.....	175	MIGRANOW.....	428
<i>methazolamide</i>	193	MICARDIS.....	196	Mili.....	175
<i>methenamine hippurate</i> ..	35, 915	MICARDIS HCT.....	209	<i>milk thistle</i>	904
<i>methenamine mandelate</i>		<i>miconazole nitrate-zinc ox-</i>		<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	904
.....	35, 915	<i>pet</i>	561	<i>milk thistle seed extract</i>	904
<i>methen-sod phos-meth blue-</i>		MICONAZOLE-3.....	742	MIMORA.....	519
<i>hyos</i>	34, 918	MICORT-HC.....	485, 539	Mimvey.....	455
				MINCORA.....	320

MIND AND MEMORY	904	MIRCERA.....	234	MONO-FLO DRAINAGE	
MINERIN CREME.....	548	MIRENA.....	181	BAG.....	586, 836
MINI LANCING DEVICE		MIRO3D.....	583	MONOJECT 0.9% SODIUM	
.....	660, 835	MIRO3D FIBERS.....	583	CHLORIDE.....	287
MINI MULTIVITAMINS-		MIRODERM		MONOJECT 140CC	
IRON.....	294	FENESTRATED	583	PISTON SYRINGE.....	605, 836
MINI PLUS NEBULIZER		MIRODERM		MONOJECT 35CC	
.....	593, 835	FENESTRATED PLUS.....	583	SYRINGE CATH TIP ...	605, 836
MINI PRENATAL.....	255	MIRODRY WOUND		MONOJECT 3CC SYR	
MINI ULTRA-THIN II....	627, 835	MATRIX.....	583	25GX1".....	605, 836
MINI WRIGHT PEAK FLOW		MIROTRACT.....	584	MONOJECT ALLERGY	
METER.....	676, 835	<i>mirtazapine</i>	377	TRAY.....	605, 836, 837
MINIMED 630G INSULIN		MIRVASO.....	553	MONOJECT ALLERGY	
PUMP	673, 835	<i>misoprostol</i>	47	TRAY DETACH.....	605, 836
MINIMED 770G INSULIN		MITIGARE.....	907	MONOJECT BLOOD	
PUMP	673, 835	<i>mitomycin (pf) in water</i>	932	COLLECTION.....	672, 837
MINIMED 780G INSULIN		MITOPRIME.....	899	MONOJECT CONTROL	
PUMP	673, 835	MITOSOL.....	932	SYRINGE LUER.....	605, 837
MINIMED MIO ADVANCE		MIUDELLA.....	183	MONOJECT DISPOSABLE	
INF SET23".....	721, 835	MI-VITE RX.....	273	SYRINGE.....	606, 837
MINIMED MIO ADVANCE		MKO (MIDAZOLAM-		MONOJECT ECCENTRIC	
INF SET43".....	721, 835	KETAMINE-ONDAN).....	145	NON-STERILE.....	606, 837
MINIMED QUICK SET 18"		MMA-PA GEL.....	297	MONOJECT HYPODERMIC	
.....	721, 835	M-M-R II (PF)		NEEDLES.....	606, 837
MINIMED QUICK SET 23"		.....	324, 327, 330, 336	MONOJECT INSULIN	
.....	721, 835	M-NATAL PLUS.....	255	SAFETY SYRING.....	627, 837
MINIMED QUICK SET 32"		MNEXSPIKE 2025-2026		MONOJECT INSULIN	
.....	721, 835	(PF).....	333	SYRINGE....	627, 628, 837, 838
MINIMED QUICK SET 43"		MOBILE LANCETS....	660, 836	MONOJECT LUER	
.....	721, 835	<i>modafinil</i>	359	ADAPTER.....	615, 838
MINIMED QUICK-SERTER		MODD1 PATIENT		MONOJECT LUER-LOCK	
(MMT-395).....	660, 835	WELCOME KIT.....	670, 836	TIP.....	606, 838
MINIMED SILHOUETTE 18"		MODD1 SUPPLY KIT..	721, 836	MONOJECT MAGELLAN	
.....	721, 835	MODERNA COVID 24-		SYRINGE.....	606, 838
MINIMED SILHOUETTE 23"		25(6M-11Y)PF.....	333	MONOJECT PHARMACY	
.....	721, 836	MODEYSO.....	146	TRAY LUER 606, 607, 838, 839	
MINIMED SILHOUETTE 32"		<i>moexipril</i>	225	MONOJECT PHARMACY	
.....	721, 836	MOISTURIZING CREAM....	548	TRAY REG TIP.....	607, 839
MINIMED SILHOUETTE 43"		MOISTURIZING NORMAL-		MONOJECT PREFILL	
.....	721, 836	DRY SKIN.....	558	ADVANCED NS.....	287
MINIMED SURE T 18".	721, 836	MOITURIZING LOTION.....	548	MONOJECT REG TIP NON-	
MINIMED SURE T 23".	721, 836	MOKURA.....	520	STERILE.....	607, 839
MINIMED SURE T 32".	721, 836	MOKURA LP.....	520	MONOJECT REGULAR	
MINIVELLE.....	464	MOKURA MOD.....	520	LUER.....	607, 839
<i>minocycline</i>	10, 11, 137, 559	MOKURA PLUS.....	520	MONOJECT SAFETY LUER	
<i>minoxidil</i>	227	MOLEXI.....	520	LOCK TIP.....	607, 839
MINREX.....	291	<i>molindone</i>	399	MONOJECT SAFETY	
Minzoya.....	175	<i>mometasone</i>	98, 539	SYRINGES..	607, 608, 839, 840
MIPLYFFA.....	924	Mondoxylene NI.....	11	MONOJECT SMARTIP	
MIRAPEX ER.....	422	MONISTAT MAINTAIN.....	741	CANNULA.....	608, 840

MONOJECT SYRINGE 608, 609, 628, 840, 841	MS CONTIN..... 116	MYDCOMBI.....932
MONOJECT SYRINGE LUER LOK.....608, 840	MSUD GEL POWDER.....298	Mydriacyl..... 937
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER.....608, 840	MUCOSITISRX.....340	MYDRIATIC4(TROP-PROP- PE-KTRLC).....929
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE.....609, 841	MUGARD.....338, 339	MYFEMBREE.....477
MONOJECT TB.....609, 841	MULPLETA.....232	MYFORTIC.....350
MONOJECT TB LUER LOK 609, 841	MULTAQ.....195	MYGLUCOHEALTH 660, 705, 842
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP..... 609, 841	MULTI PRO.....312	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION660, 842
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE..... 609, 841	MULTIA DAILY	MYGLUCOHEALTH LANCETS.....660, 842
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE.... 609, 610, 841, 842	MULTIVITAMIN..... 312	MYHIBBIN..... 350
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 628, 842	MULTI-LANCET DEVICE 2 660, 842	MYLERAN.....149
MONOLET LANCETS. 660, 842	MULTITOL-M.....312	MYLK.....266
MONOLET THIN LANCETS 660, 842	<i>multivit with min-folic acid</i> 312	MYNATAL.....255
Mono-Linyah.....175	<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i> 312	MYNATAL ADVANCE.....255
MONOVISC.....750	<i>multivitamin</i> 294	MYNATAL PLUS.....255
MONSEL'S.....230	MULTIVITAMIN GUMMIES. 312	MYNATAL-Z.....255
<i>montelukast</i> 99	MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE.....269	MYNATE 90 PLUS.....256
MONUROL.....31, 915	MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS.....312	MYRBETRIQ.....922
Morgidox.....12	MULTIVITAMIN-ZINC- STRESS.....250	MYROSINASE.....904
MORGIDOX 1X 50.....11	MULTI-VIT-FLOR.....270	MYSOLINE.....364
MORGIDOX 1X100.....11	MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLIN).....270	MYTESI.....44
MORGIDOX 2X100.....11	<i>multivit-min-ferrous fumarate</i> 312	MYTHIUS.....520
<i>moringa oleifera</i> 904	<i>multivit-min-ferrous</i> <i>gluconate</i> 312	MYVORI.....520
<i>morphine</i> 115, 116	<i>mupirocin</i> 512	MYXREDLIN.....475
<i>morphine (pf)</i> 115	<i>mupirocin calcium</i> 512	N.O.MAX ER.....253
<i>morphine concentrate</i> 115	MURI-LUBE.....736	<i>nabumetone</i> 130
<i>morphine in 0.9 % sodium</i> <i>chlor</i> 115	MUSCUSOLICE.....555	<i>nadolol</i> 221
MOTEGRITY.....58	MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI.....76	<i>naftifine</i> 567
MOTOFEN.....47	MVW COMPLETE FORMUL PROBIOTIC.....76	NAFTIN.....567
MOTPOLY XR.....365	MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT.....313	<i>nalbuphine</i> 140
MOUNJARO.....452	MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT.....313	Nalocet.....122, 133
MOVANTIK.....186	MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC.....322	<i>naloxone</i> 187
MOVE FREE PLUS MSM- VIT D3.....896	MY CHOICE.....166, 167	NALTREX.....110
MOVIPREP.....60	MY WAY.....166, 167	<i>naltrexone</i> 347
MOXATAG.....4	MYALEPT.....457	NAMENDA TITRATION PAK 910
MOXICAINE.....511	MYCAPSSA.....453	NAMENDA XR.....910
<i>moxifloxacin</i> 7, 930	<i>mycophenolate mofetil</i> .132, 350	NAMZARIC.....908
<i>moxifloxacin-bromfenac</i> 929	<i>mycophenolate sodium</i> 350	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....628, 842
MRESVIA (PF).....323	MYDAYIS.....406, 411	NANO PEN NEEDLE.. 628, 842
		NANOVN ADULT.....313
		NANRAN.....512
		NAPROSYN.....128
		NAPROXIN.....125
		<i>naproxen</i> 128, 129
		<i>naproxen sodium</i> 129

<i>naproxen-esomeprazole</i>	125	NEPHRO-VITE	250	NIFEREX (FERROUS	
<i>naratriptan</i>	428	NEPRO CARB STEADY	300	ASPARTO GLYC)	276
NARCAN	187	NERLYNX	161	NIGHTTIME UNDERPANTS	
NARDIL	399	NESINA	478	L-XL	587, 843
NATACYN	931, 951	NESTABS ABC	256	Nikki (28)	175
NATAL PNV	280	NESTABS DHA	256	NILANDRON	165
NATAZIA	166	NESTABS ONE	295	<i>nilotinib hcl</i>	155
<i>nateglinide</i>	439	Neuac	573	<i>nilutamide</i>	165
NATESTO	447	NEUAC KIT	573	<i>nimodipine</i>	211
NATROBA	488	NEULASTA	233	NINJACOF-XG	97
NAYZILAM	391, 393	NEULASTA ONPRO	233	NINLARO	152
<i>nebivolol</i>	211	NEUPOGEN	233	<i>nisoldipine</i>	207
<i>nebulizer and compressor</i>		NEUPRO	422	<i>nitazoxanide</i>	2
.....	728, 842	NEURAPTINE	555	<i>nitisinone</i>	927
NEBUPENT	35	NEURIVA ORIGINAL	904	Nitro-Bid	223
NEBUSAL	735	NEURONTIN	420	NITRO-DUR	223
Necon 0.5/35 (28)	175	NEUTEK 2TEK TEST		<i>nitrofurantoin</i>	26, 915
<i>nefazodone</i>	377	STRIPS	705, 843	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
NEFFY	227	NEVANAC	935	.....	26, 914
NEMLUVIO	486	<i>nevirapine</i>	4	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
NENDRUX	525	NEW DAY	166, 167	<i>cryst</i>	26, 914
NEOCATE JUNIOR WITH		NEW SKIN BOTANICALS ...	523	<i>nitroglycerin</i>	223, 484
PREBIOTICS	300	NEW SKIN KIDS	523	NITROLINGUAL	223
<i>neomycin</i>	5	NEW SKIN SENSITIVE	523	NITROMIST	223
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	944	NEW ZEALAND WHEY		NITROSTAT	223
<i>neomycin-bacitracin-</i>		PROTEIN	288	NITRO-TIME	224
<i>polymyxin</i>	933	NEWFLORA	76	NITYR	927
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	913	NEWGEN	256	NIVA THYROID	470
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NEXA PLUS	256	NIVESTYM	233
<i>dexameth</i>	944	NEXAVAR	163	NIX LICE PREVENTION	494
<i>neomycin-polymyxin-</i>		NEXIUM	51	<i>nizatidine</i>	49
<i>gramicidin</i>	933	NEXIUM PACKET	51	NOBELA	569
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>		NEXIVA	594, 843	NOC DURNA (MEN)	453
.....	738, 944	NEXLETOL	201	NOC DURNA (WOMEN)	453
NEONATAL COMPLETE ...	256	NEXLIZET	203	NOLIRA	511
NEONATAL FE	275	NEXOBRID	549	NORA-BE	168
NEONATAL PLUS VITAMIN		NEXPLANON	181	NORDITROPIN FLEXPRO ..	474
.....	256	NEXTSTELLIS	175	<i>norelgestromin-</i>	
NEONATAL-DHA	256	NGENLA	474	<i>ethin.estradiol</i>	180
NEOPHE	297	<i>niacin</i>	192, 193, 278	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	175
Neo-Polycin	933	<i>niacin (inositol niacinate)</i>	277	<i>norethindrone</i>	
Neo-Polycin Hc	944	<i>niacinamide</i>	278	(contraceptive)	168
NEORAL	132, 348	Niacor	193	<i>norethindrone acetate</i>	456
NEOSALUS	548	<i>nicardipine</i>	207	<i>norethindrone ac-eth</i>	
NEO-SYNALAR	517	NICOTINAMIDE (WITH		<i>estradiol</i>	175, 455
NEO-SYNALAR KIT	517	CHROMIUM)	313	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>	
NEO-VITAL RX	256	<i>nicotine</i>	345	<i>iron</i>	176
NEOVITE	313	<i>nicotine (polacrilex)</i>	344	Norgesic Forte	746
NEPHRO VITAMINS	250	NICOTROL NS	345	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
NEPHRON FA	250	<i>nifedipine</i>	207	<i>estradiol</i>	176, 179

NORITATE.....	553	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....	440	NYPOZI.....	233
NORLIQVA.....	207	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	440	<i>nystatin</i>	26, 338, 545
NORMAL SALINE FLUSH...	287	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	445	<i>nystatin-triamcinolone</i>	516
NORM-JECT.....	610, 843	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	445	Nystop.....	545
NORM-JECT TUBERKULIN.....	610, 843	NOVOPEN ECHO.....	628, 844	NYVEPRIA.....	233
NORMLGEL AG.....	512	NOVOSEVEN RT.....	247	OASIS ULTRA FENESTRATED.....	570, 844
NORPACE.....	213	NOXAFIL.....	15	OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED.....	570, 844
NORPACE CR.....	213	NOXIPAK.....	524	OASIS WOUND MATRIX MESHED.....	570, 844
NORPRAMIN.....	396	NP THYROID.....	470	OB COMPLETE.....	313
NORTHERA.....	227	NRF2 ACTIVATOR.....	904	OB COMPLETE ONE.....	256
Nortrel 0.5/35 (28).....	176	NUBEQA.....	165	OB COMPLETE PETITE.....	256
NORTREL 1/35 (21).....	176	NUCALA.....	105	OB COMPLETE PREMIER.....	256
Nortrel 1/35 (28).....	176	NUCORT.....	524	OB COMPLETE WITH DHA.....	257
Nortrel 7/7/7 (28).....	179	NUCYNTA.....	116	OBAGI ELASTIDERM.....	503
<i>nortriptyline</i>	396	NUCYNTA ER.....	116	OBAGI NU-DERM BLENDER.....	504
NORVASC.....	207	NUDEXTA.....	351	OBAGI NU-DERM CLEAR..	504
NORVIR.....	29	NUGUT BOWEL SUPPORT PROBIOTIC.....	76	OBAGI NU-DERM SUNFADER.....	520
NOSE CLIP.....	728, 843	NU-IRON.....	275	OBAGI-C CLARIFYING SERUM.....	520
NOURIANZ.....	351	NUJO.....	544	OBAGI-C THERAPY NIGHT.....	520
NOVA MAX GLUCOSE TEST.....	706, 843	NUJU.....	544	OBIZUR.....	244
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER...	673, 843, 844	NULEV.....	48, 916	OBSTETRIX DHA.....	257
NOVA SAFETY LANCETS.....	660, 844	NULIBRY.....	184	OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO.....	257
NOVA SUREFLEX LANCETS.....	660, 844	NUMBONEX.....	511	OBSTETRIX EC.....	257
NOVACORT.....	555	NUMBRINO.....	85	OBSTETRIX ONE.....	257, 295
NOVAFERRUM YAY IRON.....	277	NUMOISYN.....	340, 904	OBTREX DHA.....	257
NOVAMAX PLUS GLU-KET.....	660, 844	NUPLAZID.....	384	OCALIVA.....	109
NOVAREL.....	469	NURTEC ODT.....	423	OCELLA.....	176
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA).....	333	NUTRASEB.....	548	OCM.....	497
NOVOEIGHT.....	244	NUTRISOURCE FIBER...	56, 57	<i>octreotide acetate</i>	39, 40, 453
NOVOFINE 32.....	628, 844	NUTROPIN AQ NUSPIN.....	474	OCUFLOX.....	930
NOVOFINE PLUS.....	628, 844	NUVA III.....	732, 844	OCUSOFT LID SCRUB ALLERGY.....	557
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	475	NUVAGEL.....	732, 844	ODACTRA.....	327
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	475	NUVARING.....	167	ODEFSEY.....	31
NOVOLIN N FLEXPEN.....	476	NUVAXOVID 2025-2026 (PF).....	333	ODOMZO.....	160
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	476	NUVAZIL II.....	732, 844	OFEV.....	90, 155
NOVOLIN R FLEXPEN.....	476	NUVESSA.....	742	OFF ACTIVE.....	551
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	476	NUVIGIL.....	359	OFF DEEP WOODS.....	551
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	445	NUWIQ.....	244	<i>ofloxacin</i>	7, 737, 930
		NUZYRA.....	5, 12	OGSIVEO.....	146
		Nyamyc.....	545	OHTUVAYRE.....	84
		Nylia 1/35 (28).....	176	OJEMDA.....	156
		Nylia 7/7/7 (28).....	179		
		NYMALIZE.....	211		
		NYNUTEY.....	511		

OJJAARA.....	147	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	ONE-A-DAY MEN'S
<i>olanzapine</i>	355, 384	(GEN 5).....	COMPLETE.....
<i>olanzapine-fluoxetine</i>		OMNIPOD 5	ONE-A-DAY PRENATAL.....
.....	355, 378, 385	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	ONE-A-DAY PRENATAL-1. 257
<i>olive oil</i>	736	.....	ONE-A-DAY TRUBIOTICS....
<i>olmesartan</i>	196	OMNIPOD DASH INTRO	ONE-A-DAY WOMEN
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		KIT (GEN 4).....	VITACRAVES.....
<i>hcthiazid</i>	205	OMNIPOD DASH PDM KIT	ONE-A-DAY WOMEN'S 50
<i>olmesartan-</i>		(GEN 4).....	PLUS.....
<i>hydrochlorothiazide</i>	209	OMNIPOD DASH PODS	ONE-A-DAY WOMEN'S
<i>olopatadine</i>	97, 938	(GEN 4).....	COMPLETE.....
OLPRUVA.....	927	OMNITROPE.....	ONE-DAILY MULTI.....
OLUMIANT.....	135, 486	OMVOH.....	ONETOUCH DELICA PLUS
OLUX.....	539	OMVOH PEN.....	LANC DEV.....
OLUX-E.....	539	ON CALL EXPRESS	ONETOUCH DELICA PLUS
OMBRA COMPRESSOR		CONTROL.....	LANCET.....
SYSTEM.....	728, 844	ON CALL EXPRESS	ONETOUCH DELICA
OMECLAMOX-PAK.....	54	METER.....	SAFETY LANCET.....
<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>	214	ON CALL EXPRESS TEST	ONETOUCH ULTRA
OMEGA MONOPURE.....	215	STRIP.....	CONTROL.....
OMEGA MONOPURE DHA		ON CALL LANCET.....	ONETOUCH ULTRA TEST
EC.....	215	ON CALL LANCING	.....
OMEGA MONOPURE EPA		DEVICE.....	ONETOUCH ULTRA2
EC.....	215	ONAPGO.....	METER.....
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	201	ONCOPLEX.....	ONETOUCH ULTRASOFT 2
<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> ..	215	ONCOPLEX ES.....	LANCET.....
OMEGA-3 KRILL OIL.....	215	<i>ondansetron</i>	ONETOUCH VERIO FLEX
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ...	215	<i>ondansetron hcl</i>	METER.....
OMEGAPURE 900-TG.....	215	ONE A DAY MEN	ONETOUCH VERIO HIGH
OMEGAPURE PRM.....	215	COMPLETE.....	CONTROL.....
OMEGAPURE-600 EC.....	215	ONE DAILY ESSENTIAL.....	ONETOUCH VERIO MID
OMEGAPURE-780 EC.....	215	ONE DAILY MEN'S 50	CONTROL.....
OMEGAPURE-820.....	215	PLUS W-D3.....	ONETOUCH VERIO
OMEGAPURE-900 EC.....	216	ONE DAILY MEN'S	REFLECT METER.....
<i>omeprazole</i>	51	HEALTH.....	ONETOUCH VERIO TEST
<i>omeprazole-sodium</i>		ONE DAILY MULTI-VIT W-	STRIPS.....
<i>bicarbonate</i>	64	MINERAL.....	ONEVITE DAILY
OMEZA.....	497	ONE DAILY MULTIVITAMIN	MULTIVITAMIN.....
OMNARIS.....	98	.....	ONEXTON.....
OMNI-BIOTIC AB-10.....	76	ONE DAILY	ONFI.....
OMNI-BIOTIC BALANCE.....	77	MULTIVITAMIN-IRON.....	ONGENTYS.....
OMNI-BIOTIC HETOX.....	77	ONE DAILY PRENATAL.....	ON-GO COVID-19 AG AT
OMNI-BIOTIC PANDA.....	77	ONE DAILY WOMEN 50	HOME TEST.....
OMNI-BIOTIC STRESS		PLUS(VIT K).....	ON-THE-GO LANCETS
RELEASE.....	77	ONE DAILY WOMEN'S.....	.....
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		ONE-A-DAY MEN	ONUREG.....
PLUS).....	671, 845	VITACRAVES.....	ONYDA XR.....
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		ONE-A-DAY MEN'S 50	ONZDEAXIADEMTAR.....
KT(GEN5).....	671, 845	PLUS.....	ONZDEAXIADEMVAR.....
			ONZDEAXIATAR.....

ONZDEAXIAVAR.....	577	ORFADIN.....	927	OXIAVARY.....	578
ONZDEAXIAZAR.....	577	ORGANIC NIPPLE BALM...	548	OXIAZAR.....	578
ONZDEOXIA.....	573	ORGOVYX.....	159	<i>oxiconazole</i>	561
ONZETRA XSAIL.....	428	ORIAHNN.....	477	OXISTAT.....	562
OPCICON ONE-STEP	166, 167	ORILISSA.....	477	OXTELLAR XR.....	369, 370
OPFOLDA.....	924	ORKAMBI.....	100	<i>oxybutynin chloride</i>	917
OPILL.....	168	ORLADEYO.....	224	<i>oxycodone</i>	116, 117
OPIPZA.....	355, 386	ORLYNVAH.....	1	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	
<i>opium tincture</i>	39, 44	Ormalvi.....	745	.....	122, 133, 134
OPSUMIT.....	217	<i>orphenadrine citrate</i>	748	OXYCONTIN.....	117
OPSYNVI.....	188	<i>orphenadrine-asa-caffeine</i> ...	746	<i>oxymorphone</i>	117
OPTICHAMBER ADULT		Orphengesic Forte.....	746	OXYTROL.....	917
MASK-LARGE.....	728, 847	Orquidea.....	168	OYSTER SHELL CALCIUM	
OPTICHAMBER DIAMOND		ORSERDU.....	149	500.....	265
LG MASK.....	728, 847	ORTHAPHEN.....	566	OYSTER SHELL CALCIUM-	
OPTICHAMBER DIAMOND		ORTHOVISC.....	750	VIT D3.....	291
VHC.....	728, 847	ORTIKOS.....	66	OZEMPIC.....	452
OPTICHAMBER DIAMOND-		OSAPLEX.....	266	OZOBAX.....	748
MED MSK.....	728, 847	OSAPLEX MK-7.....	266	Pacerone.....	195
OPTICHAMBER DIAMOND-		OSCIMIN.....	48, 917	PACNEX HP.....	579
SML MASK.....	728, 847	OSCIMIN SL.....	48, 917	PACNEX LP.....	580
OPTICLEANSE GHI.....	301	<i>oseltamivir</i>	26, 27	PAIN EASE MEDIUM	
OPTIMAG 125.....	267	OSENI.....	457	STREAM SPRAY.....	521
OPTIMAG NEURO.....	267, 268	OSMOLEX ER.....	422	PAIN EASE MIST SPRAY...	521
OPTIMAG PLUS CALCIUM	266	OSSOPAN MD.....	264	PAINGO KFT.....	569
OPTION-2.....	166, 167	OSSOPAN-1100.....	264	PALFORZIA (LEVEL 0).....	331
OPTIUM EZ.....	707, 848	OSTACHOL.....	285	PALFORZIA (LEVEL 1).....	331
OPTIUM TEST.....	707, 848	OSTEOPRIME PLUS CALC-		PALFORZIA (LEVEL 2).....	331
OPVEE.....	187	MAGNESIUM.....	266	PALFORZIA (LEVEL 3).....	331
OPZELURA.....	498	OTEZLA.....	136, 489	PALFORZIA (LEVEL 4).....	331
ORACEA.....	12, 558	OTEZLA STARTER....	136, 489	PALFORZIA (LEVEL 5).....	331
ORACIT.....	914	OTOVEL.....	738	PALFORZIA (LEVEL 6).....	331
ORALAIR.....	327	OVACE.....	514	PALFORZIA (LEVEL 7).....	331
Oralone.....	339	OVACE PLUS.....	513	PALFORZIA (LEVEL 8).....	331
ORALYTE.....	289	OVACE PLUS SHAMPOO..	513	PALFORZIA (LEVEL 9).....	331
ORAMAGICRX.....	338	OVACE PLUS WASH.....	513	PALFORZIA (LEVEL 10).....	332
ORAPEUTIC.....	338	OVAL TAPE.....	661, 848	PALFORZIA (LEVEL 11 UP-	
ORAPRED ODT.....	467	OVEGA-3.....	216	DOSE).....	332
ORAVIG.....	33	OVIDE.....	488	PALFORZIA INITIAL (1-3	
ORAXINOL.....	905	OVIDREL.....	469	YRS).....	332
<i>oregano oil-flaxseed oil</i>	905	<i>oxaprozin</i>	129	PALFORZIA INITIAL (4-17	
ORENCIA.....	138	<i>oxazepam</i>	391, 415	YRS).....	332
ORENCIA CLICKJECT.....	138	<i>oxcarbazepine</i>	368, 369	PALFORZIA LEVEL 11	
ORENITRAM.....	189	OXERVATE.....	948	MAINTENANCE.....	332
ORENITRAM MONTH 1		OXIAICE.....	565	<i>paliperidone</i>	398
TITRATION KT.....	189	OXIANUJO.....	544	PALYNZIQ.....	925
ORENITRAM MONTH 2		OXIANUJO (WITH		PAMELOR.....	396
TITRATION KT.....	189	HYALURONATE).....	544	PANCREAZE.....	65
ORENITRAM MONTH 3		OXIATAR.....	578	PANDEL.....	540
TITRATION KT.....	189	OXIAVARRY.....	578	PANRETIN.....	555

<i>pantoprazole</i>	51	PEDIATRIC BEAR		PERSONAL BEST LOW	
PANXYME PH.....	65	NEBULIZER.....	729, 849	RANGE.....	676, 850
<i>papaverine</i>	227	PEDIATRIC COMP-AIR		PERTZYE.....	65
PAPAYA DIGESTIVE		COMPRES NEB.....	729, 849	PETROLEUM GAUZE.....	672, 850
ENZYME CMPLX.....	49	PEDIATRIC D-VITE.....	252	PFLEX INSPIRATORY	
PARADIGM RESERVOIR		PEDIATRIC ELECTROLYTE		TRAINER.....	729, 850
.....	628, 848	.....	290	PHARMABASE BARRIER...	550
PARAGARD T 380A.....	183	<i>pediatric multivitamin no.171</i>		PHARMACIST CHOICE	
PARAGARD T380A		.....	268	.....	708, 850
(SINGLE HAND).....	183	PEDIATRIC POLY-VITE.....	269	PHARMACIST CHOICE	
PARI BABY CONV KIT -		PEDIATRIC POLY-VITE		GLUCOSE SYS.....	662, 850
SIZE 1.....	729, 848	WITH IRON.....	323	PHASEAL ASSEMBLY	
PARI BABY CONV KIT -		PEDIATRIC TRI-VITE.....	269	FIXTURE.....	616, 850
SIZE 2.....	729, 848	<i>peg 3350-electrolytes</i>	60	PHASEAL CONNECTOR	
PARI BABY CONV KIT -		<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-</i>		LUER LOCK.....	616, 850
SIZE 3.....	729, 848	<i>asb-c</i>	61	PHASEAL INFUSION	
PARI LC SPRINT		PEGASYS.....	28, 29	ADAPTER.....	616, 850
NEBULIZER SET.....	593, 848	<i>peg-electrolyte soln</i>	61	PHASEAL INFUSION	
PARI LC SPRINT SINUS		PEMAZYRE.....	152	CLAMP.....	616, 850
.....	593, 848	PEN NEEDLE.....	629, 849	PHASEAL INJECTOR LUER	
PARI TREK S COMBO		<i>pen needle, diabetic</i>	629, 849	.....	616, 850
PACK.....	729, 848	<i>pen needle, diabetic, safety</i>		PHASEAL INJECTOR LUER	
PARI TREK S COMPACT		.....	629, 849	LOCK.....	616, 850
COMPRESSOR.....	729, 849	PENBRAYA (PF).....	326	PHASEAL PROTECTOR	
PARI TREK S PORTABLE		<i>penciclovir</i>	490	.....	616, 850
PWR KIT.....	729, 849	<i>penicillamine</i>	137, 185	PHASEAL SECONDARY	
<i>paricalcitol</i>	925	<i>penicillin v potassium</i>	32	SET.....	594, 851
PARNATE.....	399	<i>pentamidine</i>	35	PHASEAL Y-SITE.....	594, 851
<i>paroxetine hcl</i>	416	PENTASA.....	37	PHEBURANE.....	927
<i>paroxetine</i>		<i>pentazocine-naloxone</i>	140	PHEDRAX.....	515
<i>mesylate(menop.sym)</i>	472	PENTIPS PEN NEEDLE		<i>phenazopyridine</i>	912
PASER.....	3	.....	629, 849	<i>phenelzine</i>	399
PAXIL.....	416	<i>pentoxifylline</i>	248	Phenergan.....	42, 85, 89
PAXIL CR.....	416	Pepcid.....	49	PHENEX-1.....	286, 298
PAXLOVID.....	32	PEPCIX.....	286	PHENEX-2.....	298
PAXLYTE.....	319	PEPTAMEN JUNIOR PHGG		<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i>	
<i>pazopanib</i>	155	.....	301	<i>scop</i>	46
PCCA ACCUPEN-15...589, 849		<i>perampanel</i>	364	<i>phenobarbital</i>	
PCCA SUSPENDIT		Percocet.....	122, 134	.....	364, 365, 413, 414
ANHYDROUS.....	736	PERFECT POINT SAFETY		PHENOHYTRO.....	46
PEAK AIR PEAK FLOW		LANCETS.....	661, 849	<i>phenol</i>	739
METER.....	676, 849	PERFOROMIST.....	101	<i>phenoxybenzamine</i>	226
<i>pedi multivit no.194-iron sulf</i> 322		PERIDEX.....	340	<i>phenylalanine</i>	253
PEDIALYTE		<i>perindopril erbumine</i>	225	<i>phenylephrine hcl</i>	947
ELECTROLYTE.....	289	Periogard.....	340	<i>phenyleph-tropicamide in</i>	
PEDIALYTE		<i>permethrin</i>	488	<i>water</i>	932
ELECTROLYTE WATER.....	289	<i>perphenazine</i>	363	Phenyltek.....	375
PEDIALYTE SPARKLING		<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	378	<i>phenytoin</i>	375
RUSH.....	290	PERSONAL BEST FULL		<i>phenytoin sodium extended</i>	375
PEDIAPRED.....	467	RANGE.....	676, 849	PHEODOYO.....	512

PHEOXIA.....	515	PLEXION CLEANSING		<i>potassium, sodium</i>	
PHEXXI.....	180	CLOTHS.....	573	<i>phosphates</i>	297
PHEYO.....	516	PLEXION NS.....	514	<i>povidone-iodine</i>	931
Philith.....	176	PMS SOOTHE.....	905	PR BENZOYL PEROXIDE..	580
PHOSPHALINE.....	190	PNEUMOVAX-23.....	325	PR CREAM.....	523
PHOSPHOLINE IODIDE.....	932	<i>pnv no.95-ferrous fumarate-</i>		PR NATAL 400.....	258
PHOSPHOROUS		<i>fa</i>	257	PR NATAL 400 EC.....	258
SUPPLEMENT.....	296	PNV TABS 20-1.....	280	PR NATAL 430.....	258
PHOTREXA CROSS-		PNV-DHA.....	295	PR NATAL 430 EC.....	258
LINKING KIT.....	936	PNV-DHA + DOCUSATE...	258	PRADAXA.....	239
PHYSIOLYTE.....	318	PNV-OMEGA.....	314	PRAKETAMIDE.....	554
PHYSIOSOL IRRIGATION..	318	PNV-SELECT.....	258	<i>pralidoxime</i>	186
<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ...	317	POCKET CHAMBER...729, 852		PRALUENT PEN.....	202
PIFELTRO.....	4	POCKET PEAK FLOW		<i>pramipexole</i>	422, 423
PIKO 1.....	676, 851	METER.....	676, 852	PRAMOSONE.....	555, 556
PILLOW MASK CHILD 729, 851		PODOCON.....	500	<i>prasterone (dhea)</i>	897
<i>pilocarpine hcl</i>	339, 931, 950	<i>podofilox</i>	501	<i>prasugrel hcl</i>	239
PILOT COVID-19 AT-HOME		POKONZA.....	292	<i>pravastatin</i>	200
TEST.....	592, 851	POLY HUB NEEDLE...610, 852		<i>praziquantel</i>	2
<i>pimecrolimus</i>	544	Polycin.....	933	<i>prazosin</i>	226
<i>pimozide</i>	397	<i>polymyxin b sulf-</i>		PREBIOMAX.....	77
Pimtrea (28).....	182	<i>trimethoprim</i>	933	PREBIOTIC FIBER.....	57
<i>pindolol</i>	228	<i>polysaccharide iron complex</i>		PREBIOTIC FIBER (FOS).....	57
<i>pioglitazone</i>	461	.....	275	PREBIOTIC FIBER	
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	451	<i>polysorbate 80</i>	735	DIGESTIVE.....	57
<i>pioglitazone-metformin</i>	450	POLY-TUSSIN AC.....	96	PREBIOTIC INULIN-FOS.....	57
PIP BLOOD GLUCOSE		POLY-VI-FLOR		PRECISION.....	662, 852
MONITOR.....	662, 851	(ARCOFOLIN).....	270	PRECISION GLUCOSE	
PIP BLOOD GLUCOSE		POLY-VI-FLOR DROPS.....	270	CONTROL SOLN.....	662, 852
TEST STRIP.....	708, 851	POLY-VI-FLOR DROPS		PRECISION	
PIP GLUCOSE CONTROL		(ARCOFOLIN).....	270	GLUCOSE/KETONE	
SOLN L1-L2.....	662, 851	POLY-VI-FLOR IRON		CONTR.....	662, 852
PIP LANCET.....	662, 851	DROP(ARCOFO).....	270	PRECISION PCX PLUS	
PIP PEN NEEDLE.....	629, 851	POLY-VI-FLOR W-		TEST.....	709, 852
PIQRAY.....	153	IRON(ARCOFOLIN).....	270	PRECISION PCX TEST	
<i>pirfenidone</i>	91	POLY-VITA DROPS.....	269	.....	709, 853
<i>piroxicam</i>	129	POLY-VITA WITH IRON.....	323	PRECISION POINT OF	
<i>pitavastatin calcium</i>	199	POMALYST.....	162	CARE TEST.....	709, 853
PIXEL COVID19 HOME		PONVORY.....	483	PRECISION Q-I-D TEST	
COLLECT KIT.....	592, 851	PONVORY 14-DAY		.....	710, 853
PLANTAGO-HOMACCORD	343	STARTER PACK.....	483	PRECISION XTRA	
PLAQUENIL.....	17, 132	POPULUS COMPOSITUM..	343	KETONE-GLUCOSE...674, 853	
PLATINUM TEST STRIP		Portia 28.....	176	PRECISION XTRA	
.....	708, 852	<i>posaconazole</i>	15	MONITOR.....	662, 853
PLAVIX.....	239	<i>potassium aa (bisglycinate)</i> . 292		PRECISION XTRA TEST	
PLEGISOL.....	752	<i>potassium chloride</i>	292, 293	.....	710, 854
PLEGRIDY.....	482	<i>potassium citrate</i>	914	PRECOSE.....	461
PLENURA.....	522	<i>potassium citrate-citric acid</i> . 914		PRED FORTE.....	941
PLENVU.....	61	<i>potassium gluconate</i>	293	PRED MILD.....	942
PLEXION.....	573	<i>potassium iodide</i>	268	PRED-G S.O.P.....	944

<i>prednicarbate</i>	540	PRENAISSANCE PLUS.....	258	PRENATE ELITE (IRON	
<i>prednisoln sp-moxiflox-</i>		PRENATA.....	258	ASP GLYC).....	281
<i>bromfen</i>	945	PRENATABS FA.....	258	PRENATE ENHANCE.....	261
<i>prednisolone</i>	467	PRENATABS RX.....	258	PRENATE ESSENTIAL.....	295
<i>prednisolone acetate</i>	942	PRENATAL.....	260, 281	PRENATE	
<i>prednisolone acetate (pf)</i>	942	PRENATAL + DHA.....	259	ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)	
<i>prednisolone acetate-</i>		PRENATAL 19.....	259	.....	295
<i>bromfenac</i>	946	PRENATAL 19 (WITH		PRENATE MINI (FERR ASP	
<i>prednisolone acetate-</i>		DOCUSATE).....	259	GLYCIN).....	281
<i>nepafenac</i>	947	PRENATAL COMPLETE.....	259	PRENATE PIXIE.....	281
<i>prednisolone sod ph-</i>		PRENATAL ESSENTIALS..	259	PRENATE RESTORE.....	261
<i>bromfenac</i>	947	PRENATAL FORMULA.....	259	PRENATE STAR.....	281
<i>prednisolone sod ph-</i>		PRENATAL FORMULA-		PREPIDIL.....	460
<i>moxiflox</i>	944	DHA.....	259	PRESERA.....	548
<i>prednisolone sodium</i>		PRENATAL GUMMIES.....	281	PRESERVISION AREDS 2	
<i>phosphate</i>	467, 942	PRENATAL		PLUS MV.....	315, 899
<i>prednisolone-moxiflo-</i>		GUMMIES(ZINC CHELATE)		PRESERVISION AREDS-2.	899
<i>nepafenac</i>	945	.....	315	PRESSURE ACTIVATED	
<i>prednisolone-moxifloxacin</i>		PRENATAL MULTI.....	259	LANCETS.....	662, 855
<i>hcl</i>	944	PRENATAL MULTI-DHA		PRESTALIA.....	222
<i>prednisolone-moxiflox-</i>		(ALGAL OIL).....	259	<i>pretomanid</i>	24
<i>bromfen</i>	945	PRENATAL MULTI-		PREVACID.....	51
<i>prednisolon-moxiflox-</i>		DHA(WITH VIT K).....	260	PREVACID SOLUTAB.....	52
<i>ketorolac</i>	945	PRENATAL		Prevalite.....	194, 195
<i>prednisone</i>	467	MULTIVITAMINS.....	260	PREVENT DROPSAFE PEN	
PREDNISON INTENSOL..	467	PRENATAL ONE DAILY.....	260	NEEDLE.....	629, 855
<i>pregabalin</i>		PRENATAL PLUS.....	260	PREVIDENT.....	342
354, 362, 363, 365, 420, 426,		PRENATAL PLUS		PREVIDENT 5000	
427		(CALCIUM CARB).....	260	BOOSTER PLUS.....	342
PREGEN DHA.....	258	PRENATAL PLUS DHA.....	260	PREVIDENT 5000 DRY	
PREGNYL.....	469	PRENATAL PLUS VITAMIN-		MOUTH.....	342
PRELIEF.....	46	MINERAL.....	260	PREVIDENT 5000 ENAMEL	
PREMARIN.....	464, 742	PRENATAL TABLET.....	260	PROTECT.....	342
PREMIER BLU GLUCOSE		<i>prenatal vit no.179-iron-folic</i>	260	PREVIDENT 5000 ORTHO	
METER.....	662, 854	PRENATAL VITAMIN..	260, 261	DEFENSE.....	342
PREMIER CLASSIC		PRENATAL VITAMIN PLUS		PREVIDENT 5000 PLUS.....	342
GLUCOSE METER.....	662, 854	LOW IRON.....	261	PREVIDENT 5000	
PREMIER COMPACT		PRENATAL VITAMIN WITH		SENSITIVE.....	342
GLUCOSE METER.....	662, 854	MINERALS.....	261	PREVIDENT KIDS.....	342
PREMIER TEST STRIP		<i>prenatal vit-iron fum-folic ac</i>	261	PREVNAR 20 (PF).....	325
.....	710, 854	PRENATAL WITH DHA-		PREV-RX.....	296
PREMIER VOICE		FOLIC ACID.....	261	PREVYMIS.....	2
GLUCOSE METER.....	662, 854	PRENATAL-U.....	295	PREZCOBIX.....	25, 29
PREMIUM BLOOD		PRENATE AM.....	295	PREZISTA.....	29
GLUCOSE MONITOR.	662, 854	PRENATE CHEWABLE.....	295	PRIALT.....	120
PREMIUM V10		PRENATE DHA.....	295	PRIFTIN.....	22, 32
.....	662, 711, 854, 855	PRENATE DHA (FERR ASP		PRILO PATCH.....	557
PREMPHASE.....	455	GLYCIN).....	281	PRIOLOSEC.....	52
PREMPRO.....	455	PRENATE ELITE.....	281	PRIMACARE.....	261
PRENAISSANCE.....	258			PRIMADOPHILUS BIFIDUS..	77

PRIMADOPHILUS		PROCYSBI.....	912
ORIGINAL.....	77	PRODIGY AUTOCODE	
<i>primaquine</i>	17	METER.....	663, 856
PRIMEAIRE.....	729, 855	PRODIGY AUTOCODE	
PRIMIDAR.....	77	MONITOR SYST.....	663, 856
<i>primidone</i>	365	PRODIGY CONTROL	
Primlev.....	123, 134	SOLUTION, LOW.....	663, 856
PRIMSOL.....	5	PRODIGY CONTROL	
PRIORIX (PF)		SOLUTION,HIGH.....	663, 857
.....	324, 327, 330, 336	PRODIGY INSULIN	
PRISTIQ.....	395	SYRINGE.....	629, 630, 857
PRO COMFORT INSULIN		PRODIGY LANCETS..	663, 857
SYRINGE.....	629, 855	PRODIGY LANCING	
PRO COMFORT LANCET		DEVICE.....	663, 857
.....	662, 855	PRODIGY MINI-MIST	
PRO COMFORT PEN		NEBULIZER.....	593, 857
NEEDLE.....	629, 855	PRODIGY NO CODING	
PRO COMFORT SAFETY		.....	711, 857
LANCET.....	662, 855	PRODIGY POCKET METER	
PRO COMFORT TENS		.....	663, 857
ELECTRODE.....	585, 855	PRODIGY TWIST TOP	
PRO COMFORT TENS		LANCET.....	663, 857
UNIT.....	586, 856	PRODIGY VOICE	
PRO VOICE V8-V9 TEST		GLUCOSE METER....	663, 857
STRIP.....	711, 856	PROFILNINE.....	246
PRO VOICE V9 GLUCOSE		PROFINAC.....	505
MONITOR.....	662, 856	PROFOLA.....	315
PROAIR RESPICLICK.....	102	<i>progesterone</i>	456
PROBACAP.....	77	<i>progesterone micronized</i>	456
<i>probenecid</i>	907	PROGLYCEM.....	439
<i>probenecid-colchicine</i>	906	PROGRAF.....	348
PROBICHEW.....	77	PROLASTIN-C.....	103
PROBIO DEFENSE.....	78	Prolate.....	123, 134, 135
PROBIOFLEXX.....	78	PROLENSA.....	935
PROBIOMAX 350 DF.....	78	PROMACTA.....	232
PROBIOMAX COMPLETE		PROMELLA.....	81
DF.....	78	<i>promethazine</i>	42, 86, 89
PROBIOMAX DAILY DF.....	78	<i>promethazine-codeine</i>	102
PROBIOMAX DF.....	78	<i>promethazine-dm</i>	91
PROBIOMAX IG 26 DF.....	78	<i>promethazine-phenylephrine</i> ..	87
PROBIOMAX LEAN DF.....	78	Promethegan.....	42, 86, 89
PROBIOMAX PLUS DF.....	78	PROMETRIUM.....	456
PROBIOMAX SB DF.....	78	PROMISEB.....	514, 548
PROBIOMAX SERENITY.....	79	PRONAL.....	525
PROBIONEXX.....	79	PRONEB MAX	
PROBIOTIC.....	80	COMPRESSOR-LC PLUS	
PROBIOTIC (B.		.....	729, 857
COAGULANS).....	79		
PROBIOTIC (S.BOULARDII).79			
PROBIOTIC (WITH			
VITAMIN D3).....	79		
PROBIOTIC ACIDOPHILUS			
(4 STRN).....	79		
PROBIOTIC			
ACIDOPHILUS(14-STRN).....	79		
PROBIOTIC COLON			
SUPPORT.....	79		
PROBIOTIC DIGEST SUPP			
(4-STRN).....	79		
PROBIOTIC DIGEST SUPP			
(6-STRN).....	79		
PROBIOTIC			
DIGEST(L.RHAM,INULN).....	80		
PROBIOTIC			
DIGEST(LACTO,BIFIDO).....	80		
PROBIOTIC FORMULA			
(INULIN).....	80		
PROBIOTIC PEARLS			
ACIDOPHILUS.....	80		
PROBIOTIC PEARLS			
COMPLETE.....	80		
PROBIOTIC PEARLS			
WOMEN'S.....	80		
PROBIOTIC-10.....	80		
PROBIOTIC-IMMUNE.....	80		
PROBIZEN.....	80		
PROCARDIA XL.....	207		
PROCARE COMPRESSOR			
NEBULIZER.....	729, 856		
PROCARE PEDIATRIC			
NEBULIZER.....	729, 856		
PROCARE SPACER WITH			
ADULT MASK.....	729, 856		
PROCARE SPACER WITH			
CHILD MASK.....	729, 856		
PROCEL SINGLES.....	288		
Procentra.....	381		
PRO-CEPTION.....	586, 856		
PROCHAMBER.....	729, 856		
<i>prochlorperazine</i>	42		
<i>prochlorperazine maleate</i>			
.....	42, 364		
PROCORT.....	486		
PROCRIT.....	234		
Proctocort.....	485, 540		
PROCTOFOAM HC.....	486		
Procto-Med Hc.....	485, 540		
Proctosol Hc.....	485, 540		
Proctozone-Hc.....	485, 540		

PRONEB MAX	PURE COMFORT	QNASL..... 98
COMPRESSR-LC SPRINT	LANCETS..... 663, 858	QTERN..... 457
..... 730, 857	PURE COMFORT PEN	QUAKE VIBRATORY PEP
PRONEB ULTRA II FILTER	NEEDLE..... 630, 858	 730, 858
ASSEM..... 730, 857	PURE COMFORT SAFETY	QUALAQUIN..... 17
PROOXIA..... 520	LANCETS..... 663, 858	<i>quazepam</i> 391, 413
<i>propafenone</i> 219	PURE COMFORT SAFETY	QUDEXY XR..... 370, 371
<i>proparacaine</i> 947	PEN NEEDLE..... 630, 858	<i>quercetin</i> 317
PROPIMEX-2..... 297	PUREAIR MINI NEBULIZER	Qeustran..... 195
<i>propranolol</i> 221	 730, 858	Qeustran Light..... 195
<i>propranolol-</i>	PURECOMFORT PEAK	<i>quetiapine</i> 355, 386
<i>hydrochlorothiazid</i> 205	FLOW METER..... 676, 858	QUICKVUE AT-HOME
<i>propylthiouracil</i> 437	PUREVITA ALPHA LIPOIC	COVID-19 TEST..... 592, 858
PROSCAR..... 911	ACID..... 899	QUICKVUE SARS
PROSILK..... 732, 858	PUREVITA FOLIC ACID..... 273	ANTIGEN..... 592, 859
PROSILK GEL..... 523	PUREVITA MAGNESIUM	QUIDROXZAR..... 499
PROSOURCE..... 288	OXIDE..... 268	QUIHOXAXIA..... 499
PROTECT IRON LIQUID.... 277	PUREVITA SUPER B-	QUIHOXVAR..... 499
PROTHELIAL..... 339	COMPLEX..... 250	QUILLICHEW ER..... 406
PROTONIX..... 52	PUREVITA VITAMIN A..... 284	QUILLIVANT XR..... 407, 408
<i>protriptyline</i> 397	PUREVITA VITAMIN B1..... 279	<i>quinapril</i> 225
PROVATE PELVIC ORGAN	PUREVITA VITAMIN B12.... 272	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>
SUPPORT..... 743, 858	PUREVITA VITAMIN B2..... 278	 222
PROVENT..... 730, 858	PUREVITA VITAMIN B3..... 278	<i>quinidine gluconate</i> 213
PROVENT STARTER. 730, 858	PUREVITA VITAMIN B5..... 278	<i>quinidine sulfate</i> 213
PROVERA..... 456	PUREVITA VITAMIN B6..... 278	<i>quinine sulfate</i> 17
PROVIDA OB..... 261	PUREVITA VITAMIN C..... 280	QUINIXIL..... 524
PROVIGIL..... 359	PUREVITA VITAMIN D3..... 252	QUINJA..... 503
PROVIMIN..... 301	PUREVITA VITAMIN E..... 277	QUINTET AC..... 663, 712, 859
PROVISC..... 937	PURIXAN..... 150	QUINTET BLOOD
PROXIVOL..... 511	PUSH BUTTON SAFETY	GLUCOSE METER..... 663, 859
PROZAC..... 416	LANCETS..... 663, 858	QUINTET GLUCOSE TEST
<i>prucalopride</i> 58	PYLERA..... 53	STRIPS..... 712, 859
PRUCLAIR..... 548	<i>pyrazinamide</i> 24	QUIT 2..... 345
PRUMYX..... 548	PYRIDIUM..... 912	QUIT 4..... 345
Pruradik..... 488	<i>pyridostigmine bromide</i> 186, 744	QULIPTA..... 424
PSORINOHEEL..... 343	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> 278	QUTENZA..... 489
<i>psyllium husk</i> 57	<i>pyrimethamine</i> 17	QUVIVIQ..... 389
<i>psyllium husk (with sugar)</i> 57	PYRUKYND..... 248	QVAR REDIHALER..... 93
PULMICORT..... 93	QALSODY..... 743	<i>rabeprazole</i> 52
PULMICORT FLEXHALER... 93	QBRELIS..... 225	RADIAGEL..... 526
PULMO-AIDE	QBREXZA..... 504	RADIAPLEXRX..... 523
COMPRESSOR..... 730, 858	Q-CARE RX Q2..... 731	RADICAVA ORS..... 744
PULMONEB LT	Q-CARE RX Q4..... 732	RADICAVA ORS STARTER
COMPRESSOR NEBUL	QDOLO..... 118	KIT SUSP..... 745
..... 730, 858	QELBREE..... 434	RADIOGARDASE..... 187
PULMOSAL..... 735	QFITLIA..... 228	RAGWITEK..... 327
PULMOZYME..... 105	QFITLIA PEN..... 228	RALDESY..... 377
PURAZIL..... 507	QINLOCK..... 155	<i>raloxifene</i> 460
	QLOSI..... 951	<i>ramelteon</i> 417

<i>ramipril</i>	225	RELAGARD.....	743	REPLICARE DRESSING	
<i>ranolazine</i>	219	RELAX NIGHT CALM.....	418	.....	497, 861
RAPAFLO.....	912	RELCARE.....	320	REPLICARE THIN.....	497, 861
RAPID SARS-COV-2 AG		RELENZA DISKHALER.....	27	REPLICARE ULTRA	
HOME TEST.....	592, 859	RELEUKO.....	233	DRESSING.....	497, 861
RAPIDGO FLU AND		RELEXXII.....	408	REPOZEN SLEEP AID.....	418
COVID-19 TEST.....	592, 859	RELIAMED LANCET... 663, 860		RESISTANCE FORMULA	
RAPPORT VACUUM		RELIAMED MINI LANCING		PROBIOTIC.....	81
THERAPY.....	670, 859	DEVICE.....	663, 860	RESPA-AR.....	87
<i>rasagiline</i>	392	RELIAMED SAFETY SEAL		RESTASIS.....	942
RASUVO (PF).....	142	LANCETS.....	663, 860	RESTASIS MULTIDOSE.....	942
RAVICTI.....	927	RELIBIOTIC.....	81	RESTIMO.....	553
RAYALDEE.....	926	RELION ALL-IN-ONE		RESTORE.....	498, 672, 861
RAYASAL.....	501	METER.....	663, 860	RESTORE CALCIUM	
RAYOS.....	467	RELION CONFIRM....	664, 860	ALGINATE.....	497
REBIF (WITH ALBUMIN)....	482	RELION CONFIRM-MICRO		RESTORE FUSION RENAL	
REBIF REBIDOSE.....	482	.....	713, 860	SUPPORT.....	301
REBIF TITRATION PACK... 482		RELION MICRO GLUCOSE		RESTORE RENAL	
REBINYN.....	246	MONITOR.....	664, 860, 861	SUPPORT.....	301
REBYOTA.....	36	RELION PRIME METER		RESTORIL.....	392, 413
RECEDO.....	523	.....	664, 861	RETACRIT.....	235
Reclipsen (28).....	176	RELION PRIME TEST		RETEVMO.....	160
RECOMBINATE.....	244	STRIPS.....	713, 861	RETIN-A.....	582
RECOMBIVAX HB (PF).....	337	RELION ULTIMA.....	713, 861	RETIN-A MICRO.....	581
RECONSTITUTE.....	586, 859	RELISTOR.....	186	RETIN-A MICRO PUMP.....	581
RECORLEV.....	458	RELIZORB.....	616, 861	RETROVIR.....	21
RECOTHROM.....	230	RELPAK.....	429	REUSABLE NEBULIZER	
RECOTHROM SPRAY KIT. 230		RELTONE.....	40	KIT.....	730, 862
RECTIV.....	484	REMEDIENT.....	315	REVATIO.....	191
<i>red beet</i>	905	REMERON.....	377	REVCovi.....	184
<i>red beet-sour cherry extract</i>	905	REMERON SOLTAB.....	377	REVEAL BLOOD	
<i>red yeast rice</i>	905	REMIFEMIN MENOPAUSE	905	GLUCOSE METER.....	664, 862
<i>red yeast rice extract</i>	905	REMODULIN.....	189	REVEAL TEST STRIP. 714, 862	
REFUAH PLUS.....	712, 860	REMYDA.....	553	REVITAFLOr.....	81
REFUAH PLUS GLUCOSE		RENACIDIN.....	913	REVLIMID.....	163
CONTROL.....	663, 860	RENAMENT.....	301	REVUFORJ.....	147
REFUAH PLUS GLUCOSE		RENEEL.....	343	REXTOVY.....	187
MONITOR.....	663, 860	RENOVAR.....	495, 739, 740	REXULTI.....	386
REGENECARE.....	511	RENTHYROID.....	470	REYATAZ.....	29, 30
REGENECARE WITH ALOE		REVELA.....	920	REYVOW.....	424
.....	511	<i>repaglinide</i>	439	REZDIFFRA.....	109
REGLAN.....	40	REPATHA PUSHTRONEX..	202	REZLIDHIA.....	153
REGRANEX.....	489	REPATHA SURECLICK.....	202	REZUROCK.....	138
REGULOID (ASPARTAME).. 57		REPATHA SYRINGE.. 202, 203		REZVOGLAR KWIKPEN.....	441
REGULOID (PSYLLIUM		REPEL.....	551	RHOFADE.....	553
HUSK).....	57	REPEL SPORTSMEN.....	551	RHOPRESSA.....	950
REGULOID (PSYLLIUM		REPHRESH PRO-B.....	81	<i>ribavirin</i>	3, 28
HUSK-SUCRO).....	57	REPLENS EXTERNAL		<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	278
REJUVAFLOR.....	81	COMFORT.....	743	<i>ribose</i>	299
RELAFEN DS.....	130			RIDAURA.....	138

<i>rifabutin</i>	22, 32	ROMVIMZA.....	155	SAFESNAP SYRINGE	
<i>rifampin</i>	23, 32	<i>ropinirole</i>	423	.....	610, 611, 863, 864
RIGHTEST CONTROL		<i>ropivacaine (pf)-nacl,iso-osm</i>		SAFETY LANCETS.....	664, 864
SOLUTION HIGH.....	664, 862	.....	145	<i>safety needles</i>	611, 864
RIGHTEST CONTROL		<i>ropivacaine(pf)-0.9 %</i>		SAFETY PEN NEEDLE	
SOLUTION NORM.....	664, 862	<i>sodchlor</i>	145, 146	.....	630, 864
RIGHTEST GD500		Rosadan.....	553	SAFETY SEAL LANCETS	
LANCING DEVICE.....	664, 862	ROSADAN.....	553	.....	664, 864
RIGHTEST GL300		ROSITARA.....	553	SAFETY-LET LANCETS	
LANCETS.....	664, 862	ROSULA.....	573	.....	664, 864
RIGHTEST GM550		ROSULA CLEANSING		SAFRYCYN.....	550
SYSTEM.....	664, 862	CLOTHS.....	573	SAFYRAL.....	176
RIGHTEST GS550 TEST		<i>rosuvastatin</i>	200	SAIZEN SAIZENPREP.....	474
STRIPS.....	714, 862	Rosyrah.....	166	Sajazir.....	193
RIGHTEST GT333		ROSZET.....	218	SALAGEN (PILOCARPINE)	339
GLUCOSE METER.....	664, 862	ROTARIX.....	324, 331	SALICATE.....	501
RIGHTEST GT333 TEST		ROTATEQ VACCINE..	324, 331	<i>salicylic acid</i>	501
STRIP.....	714, 863	ROVIS.....	554	<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>	
RILUTEK.....	749	ROWASA.....	37	.....	501
<i>riluzole</i>	749	Roweepra.....	412	SALIMEZ.....	501
<i>rimantadine</i>	29	Roweepra Xr.....	412	SALIMEZ FORTE.....	501
<i>ringer's</i>	318	ROXICODONE.....	118	SALIVAMAX.....	340
RINVOQ.....	38, 136, 498	ROXYBOND.....	118	SALOXICIN.....	905
RINVOQ LQ.....	136	ROZEREM.....	417	<i>salsalate</i>	126
RIOMET.....	446	ROZLYTREK.....	156	SALVAX.....	501
<i>risedronate</i>	459	RUBBER MOUTHPIECE		SALVAX DUO PLUS.....	562
RISPERDAL.....	355, 398	.....	730, 863	SALYCIM.....	501
<i>risperidone</i>	355, 398	RUBRACA.....	154	SALYNTRA.....	501
RITALIN.....	359, 408	RUCONEST.....	231	SAMBUCUS ELDERBERRY	
RITALIN LA.....	408	<i>rufinamide</i>	374	ORIGINAL.....	905
RITEFLO AEROCHAMBER		RUKOBIA.....	18	SAMBUCUS	
.....	730, 863	RUMILO.....	565	ELDERBERRY-VITAMIN C.	283
<i>ritonavir</i>	30	RYALTRIS.....	86	SAMBUCUS	
<i>rivaroxaban</i>	242	RYBELSUS.....	452	HONEYBERRY NIGHT.....	418
<i>rivastigmine</i>	909	RYDAPT.....	156	SAMI THE SEAL.....	730, 864
<i>rivastigmine tartrate</i>	909	RYDEX.....	96	SAMI THE SEAL MASK	
RIVELSA.....	166	RYLAZE.....	161	.....	730, 864
RIVFLOZA.....	922	RYNODERM.....	501	SAMSCA.....	212
RIXUBIS.....	247	RYPLAZIM.....	247	SANADERMRX.....	524
<i>rizatriptan</i>	429	RYTARY.....	421	SANCUSO.....	53
R-NATAL OB.....	281	SABAL-HOMACCORD.....	343	SANDIMMUNE.....	132, 348
ROAOXIA.....	566	SABRIL.....	375	SANDOSTATIN.....	40, 453
ROBINSON CLEAR VINYL		<i>saccharin</i>	277	SANTYL.....	526
CATHETER.....	615, 863	<i>saccharomyces boulardii</i>	81	SAPHRIS.....	355, 384
ROBINUL.....	43	<i>saccharomyces boulardii-</i>		<i>sapropterin</i>	925
ROBINUL FORTE.....	43	<i>yeast</i>	81	SAROXIA.....	579
ROCALTROL.....	252, 926	<i>sacubitril-valsartan</i>	227	SAVAYSA.....	242
ROCKLATAN.....	948	SAFESNAP INSULIN		SAVELLA.....	352, 395
<i>roflumilast</i>	93	SYRINGE.....	630, 863	<i>saw palmetto</i>	905
ROLVEDON.....	233			<i>saw palmetto-zinc picolinate</i>	905

SAWYER CONTROLLED		
RELEASE.....	551	
<i>saxagliptin</i>	478	
<i>saxagliptin-metformin</i>	480	
SCALACORT.....	540	
SCALACORT DK.....	540	
SCARCARE.....	550, 732	
SCARCIN PAD PLUS..	732, 864	
SCARCINPAD.....	733, 865	
SCARHEAL.....	733, 865	
SCARSILK.....	733, 865	
SCARSILK GEL.....	523	
SCARTRATE.....	523	
SCEMBLIX.....	156	
<i>schisandra</i>	905	
SCLEROSOL		
INTRAPLEURAL.....	103	
<i>scopolamine base</i>	53	
SEBUDERM.....	548	
SECUADO.....	384	
SECURESAFE INSULIN		
SYRINGE.....	630, 865	
SECURESAFE PEN		
NEEDLE.....	630, 865	
SEGLENTIS.....	123	
SEGLUROMET.....	450	
SELECT-OB.....	262	
SELECT-OB (FOLIC ACID)	261	
SELECT-OB + DHA.....	261	
<i>selegiline hcl</i>	392	
<i>selenium</i>	293	
<i>selenium sulfide</i>	514	
<i>selenomethionine</i>	293	
SELF-CATHETER, FEMALE		
.....	615, 865	
SELZENTRY.....	32	
SEMGLEE(INSULIN		
GLARGINE-YFGN).....	441	
SEMGLEE(INSULIN		
GLARG-YFGN)PEN.....	441	
SE-NATAL 19.....	262	
SE-NATAL 19 CHEWABLE.	262	
SENIOR PROBIOTIC.....	81	
<i>senna leaf</i>	83	
SENOKOT.....	83	
SENOKOT KIDS.....	83	
SENOKOT-CHAMOMILE.....	83	
SENSIPAR.....	456	
SEPHIENCE.....	925	
SEREVENT DISKUS.....	101	
SERNIVO.....	541	
SEROQUEL.....	356, 386	
SEROQUEL XR.....	356, 386	
SEROSTIM.....	474	
<i>sertraline</i>	416	
<i>sesame oil</i>	736	
Setlakin.....	176	
<i>sevelamer carbonate</i>	920	
<i>sevelamer hcl</i>	920	
SEVENFACT.....	247	
<i>sevoflurane</i>	144	
SEYSARA.....	12, 559	
SF.....	342	
SF 5000 PLUS.....	342	
SFROWASA.....	37	
Sharobel.....	168	
SHINGRIX (PF).....	329	
SIDESTREAM.....	593, 865	
SIDESTREAM MASK..	730, 865	
SIDESTREAM NEBULIZER		
.....	593, 865	
SIDESTREAM PLUS..	593, 865	
SIGNIFOR.....	454	
SIKLOS.....	248	
SILADERM.....	733, 865	
SILADONE.....	733, 865	
SILASTIC FOLEY		
CATHETER.....	615, 865	
<i>sildenafil</i>		
(<i>pulm.hypertension</i>).....	191	
SILENOR.....	425	
SILICONE MASK.....	730, 865	
SILICONE MASK - INFANT		
.....	730, 865	
SILIGENTLE AG.....	498	
SILIQ.....	492	
SIL-K.....	733, 865	
<i>silodosin</i>	912	
SILTREX.....	733, 865	
SILVADENE.....	549	
<i>silver nitrate</i>	512	
<i>silver nitrate applicators</i>	562	
<i>silver sulfadiazine</i>	549	
SILVRSTAT.....	513	
SIMBRINZA.....	931	
SIMILAC PRENATAL.....	262	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-		
BLEND.....	81	
SIMLANDI(CF).....	63, 112, 144	
SIMLANDI(CF)		
AUTOINJECTOR...63, 111, 144		
Simliya (28).....	182	
Simpesse.....	182	
SIMPLERA SENSOR..	664, 865	
SIMPLERA SYNC SENSOR		
.....	664, 866	
SIMPLI PEN NEEDLE.	630, 866	
SIMPLY SALINE WOUND		
WASH.....	495	
SIMPLYTHICK.....	736	
SIMPONI.....	63, 112, 144	
SIMPONI ARIA.....	112, 144	
<i>simvastatin</i>	200	
SINEMET.....	421	
SINGLE-LET.....	664, 866	
SINGULAIR.....	99	
SINUSTAR NEBULIZER		
.....	593, 866	
SINUVA.....	85, 100	
<i>sirolimus</i>	349	
SIRTURO.....	16	
SIRVANA.....	579	
<i>sitagliptin</i>	478	
SIVEXTRO.....	7	
SKIN THERAPY.....	548	
SKY SAFETY PEN NEEDLE		
.....	631, 866	
SKYCLARYS.....	744	
SKYLA.....	181	
SKYRIZI.....	58, 487	
SKYTROFA.....	474	
SLEEP CALM.....	418	
SLEEP IMMUNE HEALTH..	418	
SLEEP SUPPORT		
(MELATONIN-HERB).....	418	
SLEEP TONITE VALERIAN	896	
SLOW FE.....	275	
SLOW RELEASE IRON.....	275	
SLOWMAG MUSCLE		
RECOVERY.....	268	
SLYND.....	168	
SMART SENSE LANCETS		
.....	664, 866	
SMART SENSE		
MONITORING SYSTEM		
.....	664, 866	
SMART SENSE TEST		
STRIPS.....	715, 866	

SMARTDIABETES		SOTYLIZE..... 217, 221
VANTAGE..... 665, 866	<i>sodium,potassium,mag</i>	SOVALDI..... 5
SMARTEST CONTROL	<i>sulfates</i> 61	SOVUNA..... 17, 132, 133
..... 665, 866	SOFDRA..... 504	SPACE CHAMBER..... 731, 868
SMARTEST EJECT..... 665, 866	SOFIA SARS ANTIGEN FIA	SPACE CHAMBER WITH
SMARTEST LANCET.. 665, 866	 592, 867	LARGE MASK..... 731, 868
SMARTEST PERSONA	SOFIA2 FLU-SARS	SPACE CHAMBER WITH
GLUCOSE METER..... 665, 866	ANTIGEN FIA..... 592, 867	MEDIUM MASK..... 731, 868
SMARTEST PERSONA	SOGROYA..... 474	SPACE CHAMBER WITH
STARTER..... 665, 866	SOHONOS..... 744	SMALL MASK..... 731, 868
SMARTEST PRONTO	SOLESTA..... 733	SPECTRACEF..... 24
GLUCOSE METER..... 665, 867	<i>solifenacin</i> 915	SPECTRAGEL..... 498, 868
SMARTEST PRONTO	SOLQUA 100/33..... 452	SPECTRAVITE ADULT..... 296
STARTER..... 665, 867	SOLOSEC..... 18	SPECTRAVITE ADULT 50
SMARTEST PROTEGE	SOLOX GEL..... 513	PLUS..... 315
..... 665, 867	SOLTAMOX..... 165	SPECTRAVITE MEN 50
SMARTEST SMART CODE	SOLU-CORTEF ACT-O-	PLUS..... 315
METER..... 665, 867	VIAL (PF)..... 467	SPECTRAVITE MEN'S..... 315
SMARTEST TALKING	SOLUPAK..... 569	SPECTRAVITE WOMEN... 296
METER..... 665, 867	SOLUS V2 AUDIBLE	SPECTRAVITE WOMEN 50
SMARTEST TEST..... 715, 867	METER..... 665, 867	PLUS..... 315
SMARTNEB	SOLUS V2 CONTROL	SPEEDICATH (FEMALE)
COMPRESSOR	SOLUTION, LOW..... 665, 867	 615, 868
NEBULIZER..... 730, 867	SOLUS V2 CONTROL	SPEEDYSWAB COVID-19
SMOOTH TEXTURE FIBER. 57	SOLUTION,HIGH..... 665, 867	AND FLU..... 592, 868
SOAAZ..... 194	SOLUS V2 LANCETS. 665, 867	SPEEDYSWAB COVID-19
<i>sodium bicarb-sodium</i>	SOLUS V2 LANCING	HOME TEST..... 592, 868
<i>chloride</i> 737	DEVICE..... 665, 868	SPEVIGO..... 491
<i>sodium chlor 0.9%</i>	SOLUS V2 TEST STRIPS	SPIKEVAX 2024-2025(12Y
<i>bacteriostat</i> 285, 287	 715, 868	UP)(PF)..... 333
<i>sodium chloride</i>	SOLUVITA MULTIVITAMIN	SPIKEVAX 2025-2026(12Y
..... 285, 290, 318, 735	FLUORIDE..... 270	UP)(PF)..... 334
<i>sodium chloride 0.45 %</i> 283	SOMA..... 748	SPIKEVAX 2025-26 (6M-
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SOMAVERT..... 448	11Y) (PF)..... 334
..... 283, 285, 287	SONAFINE..... 548	<i>spinosad</i> 489
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SOOLANTRA..... 554	SPINRAZA (PF)..... 745
<i>(flush)</i> 287	SOOTHENEB	SPIRIVA RESPIMAT..... 90
<i>sodium citrate</i> 245	COMPRESSOR	SPIRIVA WITH
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i> . 245	NEBULIZER..... 731, 868	HANDIHALER..... 90
<i>sodium citrate-citric acid</i> 914	SOOTHENEB MESH	<i>spironolactone</i> 212, 224
SODIUM FLUORIDE 5000	NEBULIZER..... 593, 868	<i>spironolacton-</i>
DRY MOUTH..... 342	SOOTHING NIGHT..... 418	<i>hydrochlorothiaz</i> 211
SODIUM FLUORIDE 5000	SOPORDREN..... 418	SPORANOX..... 15
PLUS..... 342	<i>sorafenib</i> 163	SPRAVATO..... 377
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ... 342	<i>sorbitol</i> 84, 735, 913	SPRAY AND STRETCH..... 521
<i>sodium oxybate</i> 361	<i>sorbitol-mannitol</i> 913	Sprintec (28)..... 176
<i>sodium phenylbutyrate</i> 927	SORILUX..... 507	SPRITAM..... 412
<i>sodium polystyrene</i>	SORIXIA..... 579	SPRIX..... 130
<i>sulfonate</i> 302	<i>sotalol</i> 216, 221	SPRYCEL..... 156
<i>sodium succinate</i> 736	Sotalol Af..... 216, 221	Sps (With Sorbitol)..... 302
	SOTYKTU..... 491	

SPS (WITH SORBITOL).....	302	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	565	SURE COMFORT INSULIN	
Sronyx.....	177	<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	573, 574	SYRINGE.....	631, 869
SSD.....	549	<i>sulfacetamide sod-sulfur-</i>		SURE COMFORT	
SSKI.....	268	<i>urea</i>	554, 574	LANCETS.....	666, 869
SSS 10-5.....	573	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	944	SURE COMFORT LANCING	
ST JOSEPH ASPIRIN. 126, 240		SULFACLEANSE 8-4.....	574	PEN.....	666, 869
<i>st. john's wort</i>	895	<i>sulfadiazine</i>	7	SURE COMFORT PEN	
ST. JOSEPH ASPIRIN 126, 240		<i>sulfamethoxazole-</i>		NEEDLE.....	631, 869
<i>stavudine</i>	21	<i>trimethoprim</i>	4	SURE COMFORT SAFETY	
STEGLATRO.....	449	SULFAMILYLON.....	549	PEN NEEDLE.....	631, 869
STEGLUJAN.....	457	<i>sulfasalazine</i>	37, 137	SURE RESULT DSS	
STELARA.....	38, 487	SULFATRIM.....	4	PREMIUM PACK.....	566
STEQEYMA.....	38, 487	<i>sulindac</i>	130	SUREBIOTIC.....	81
STERILANCE TL.....	665, 868	SUMADAN.....	574	SURE-FINE PEN NEEDLES	
STERILE DROPTAINERS		SUMADAN XLT.....	554, 574	.....	631, 870
.....	589, 868	<i>sumatriptan</i>	429	SUREFLEX DEVICE WITH	
<i>sterile talc</i>	103	<i>sumatriptan succinate</i>	429	LANCETS.....	666, 870
STERITALC.....	104	<i>sumatriptan-naproxen</i>	427	SUREFLEX LANCING	
STIMUFEND.....	233	SUMAXIN.....	574	DEVICE.....	666, 870
STIOLTO RESPIMAT.....	107	SUMAXIN CP.....	574	SURE-JECT INSULIN	
STIVARGA.....	163	<i>sunitinib malate</i>	156	SYRINGE.....	631, 632, 870
STOP SMOKING AID.....	346	SUNLENCA.....	1	SURE-LANCE.....	666, 870
STRATACTX.....	498, 868	SUNOSI.....	358	SURE-LANCE ULTRA THIN	
STRATAGRT.....	498, 869	SUNRISE COMPRESSOR-		.....	666, 870
STRATAMARK.....	550	NEBULIZER.....	731, 869	SURE-PEN LANCING	
STRATATRIZ.....	550	SUPARTZ FX.....	750	DEVICE.....	666, 870
STRATAXRT.....	498, 869	SUPER B-50 COMPLEX.....	250	SURE-TEST EASYPLUS	
STRATTERA.....	435	SUPER ENERGY HERBAL		MINI.....	666, 716, 870, 871
STRAVIX.....	491	COMPLEX.....	905	SURE-TEST EASYPLUS	
STRENSIQ.....	184	SUPER THIN LANCETS		MINI METER.....	666, 870
STRESS B WITH ZINC.....	250	.....	665, 869	SURE-TOUCH LANCET	
STRIBILD.....	30	SUPERIOR JOINT		.....	666, 871
STRIVERDI RESPIMAT.....	87	SUPPORT.....	896	SURGIFOAM.....	230
STROMECTOL.....	2	SUPERIOR MEN'S MULTI..	315	SURGUARD2 SAFETY	
STRONG IODINE.....	268, 740	SUPERIOR OMEGA3 WITH		.....	611, 871, 872
STUART ONE.....	262	VIT D.....	216	SURVANTA.....	104
SUBOXONE.....	346	SUPERIOR PROBIOTIC.....	81	SUSVIMO.....	933, 947
Subvenite.....	367	SUPERIOR SLEEP.....	418	SUSVIMO (INITIAL FILL)	
Subvenite Starter (Blue) Kit		SUPERIOR WOMEN'S		.....	933, 947
.....	358, 367	MULTI.....	315	SUTAB.....	62
Subvenite Starter (Green)		SUPLENA CARB STEADY. 301		SUTENT.....	156
Kit.....	358, 367	SUPPRELIN LA.....	476	SWEET OIL.....	734, 736, 737
Subvenite Starter (Orange)		SUPRANE.....	144	Syeda.....	177
Kit.....	358, 368	SUPRAX.....	24	SYMAX DUOTAB.....	48, 917
SUCRAID.....	49	SUPREP BOWEL PREP KIT	62	SYMAX FASTABS.....	48, 917
<i>sucralfate</i>	84	SURE COMFORT INS.		SYMAX-SL.....	48, 917
SUFLAVE.....	62	SYR. U-100.....	631, 869	SYMAX-SR.....	48, 917
SULAR.....	207			SYMBICORT.....	108
<i>sulconazole</i>	562			SYMBRAVO.....	351
<i>sulfacetamide sodium</i> ..	514, 951			SYMDEKO.....	100

SYMFI.....	31	T.R.U.E. TEST ALLERGEN	332	TANDEM MOBI	
SYMFI LO.....	31	T:FLEX.....	586, 873	AUTOSOFTXC 14PK 5"	
SYMLINPEN 120.....	451	T:SLIM X2.....	586, 873	.....	722, 873
SYMLINPEN 60.....	451	T:SLIM X2 BASAL-IQ		TANDEM MOBI SYSTEM	
SYMPAZAN.....	392, 393	INSULIN PMP.....	673, 873	.....	673, 873
SYMPROIC.....	186	T:SLIM X2 CONTROL-IQ		TANDEM MOBI TRUSTEEL	
SYMTUZA.....	18	.....	673, 873	KIT 23".....	722, 873
SYNALAR.....	541	TAB-A-VITE.....	296	TANDEM T:SLIM ASFT 30	
SYNALAR CREAM KIT.....	525	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN		PK10 23".....	722, 873
SYNALAR OINTMENT KIT.....	525	W-IRON.....	296, 315	TANDEM T:SLIM ASFT 30	
SYNALAR TS.....	492	TABLOID.....	150	PK14 23".....	722, 873
SYNAREL.....	475	TABRECTA.....	156	TANDEM T:SLIM ASFT XC	
SYNDROS.....	42, 363, 924	TACLONEX.....	560	PK10 23".....	722, 874
SYNJARDY.....	450	<i>tacrolimus</i>	349, 544	TANDEM T:SLIM ASFT XC	
SYNJARDY XR.....	450	<i>tadalafil</i>	436, 923	PK14 23".....	722, 874
SYNOJOYNT.....	750	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>		TANDEM T:SLIM TRUSTL	
SYNOVX CALM.....	897	.....	191	PK10 23".....	722, 874
SYNOVX DJD.....	896	TADLIQ.....	191	Tanlor.....	748
SYNOVX RECOVERY.....	896	TAFINLAR.....	157	Taperdex.....	468
SYNOVX RELIEF.....	905	<i>tafluprost (pf)</i>	949	TAPERDEX.....	468
SYNTERMA PLUS.....	569	TAGRISSO.....	162	TARCEVA.....	162
SYNTHROID.....	471	TAKE ACTION.....	166, 168	TARDEOXIA.....	577
SYNVISC.....	750	TAKHZYRO.....	224	TARDIMAXIA.....	579
SYNVISC-ONE.....	750	TALICIA.....	54	Targadox.....	12
SYPRINE.....	185	TALTZ AUTOINJECTOR.....	493	TARGRETIN.....	163, 509
<i>syringe (disposable)</i>	611, 872	TALTZ AUTOINJECTOR (2		Tarina 24 Fe.....	177
SYRINGE 3CC/20GX1"		PACK).....	492	Tarina Fe 1/20 (28).....	177
.....	612, 872	TALTZ AUTOINJECTOR (3		Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	177
SYRINGE 3CC/21GX1"		PACK).....	493	TARON-C DHA.....	316
.....	612, 872	TALTZ SYRINGE.....	493	TARON-PREX PRENATAL-	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2"		TALZENNA.....	154	DHA.....	262, 296
.....	612, 872	TAMIFLU.....	27	TAROXIA.....	579
SYRINGE 3CC/22GX1"		<i>tamoxifen</i>	165	TARPEYO.....	468
.....	612, 872	<i>tamsulosin</i>	912	TASCENSO ODT.....	483
SYRINGE 3CC/22GX3/4"		TANDEM MOBI AUTOSOFT		TASIGNA.....	156
.....	612, 872	30 KT 23".....	722, 873	<i>tasimelteon</i>	417
SYRINGE 3CC/25GX1"		TANDEM MOBI AUTOSOFT		TASMAR.....	388
.....	612, 872	XC KIT 5".....	722, 873	<i>tavaborole</i>	549
SYRINGE AVITENE.....	230	TANDEM MOBI AUTOSOFT		TAVALISSE.....	248
<i>syringe with needle</i>	612, 872	XC KT 23".....	722, 873	TAVNEOS.....	131
SYRINGE WITHOUT		TANDEM MOBI		TAYTULLA.....	177
NEEDLE.....	612, 872	AUTOSOFT30 14PK 23		<i>tazarotene</i>	507, 508, 551, 582
SYZYGIUM COMPOSITUM	343	.....	722, 873	TAZORAC.....	508
SZOSIL.....	733, 872	TANDEM MOBI		TAZVERIK.....	159
T.E.D. ANTI-EMBOLISM		AUTOSOFTXC 14PK 23		TD GOLD LEVEL 1	
STOCKING.....	586, 675, 872	.....	722, 873	CONTROL.....	666, 874
T.E.D. KNEE LENGTH-M-				TD GOLD LEVEL 2	
LONG.....	675, 872			CONTROL.....	666, 874
T.E.D. KNEE LENGTH-S-				TECFIDERA.....	484
REGULAR.....	675, 873				

TECHLITE INSULIN		<i>teriflunomide</i>	481	<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>	
SYRINGE.....	632, 874	<i>teriparatide</i>	438	.....	279
TECHLITE INSULN		Terrell.....	144	THICK AND EASY.....	736
SYR(HALF UNIT).....	632, 874	TERSI FOAM.....	514	THIN LANCETS.....	667, 876
TECHLITE LANCETS..	666, 874	TERUMO ALLERGY		THINPRO INSULIN	
TECHLITE PEN NEEDLE		SYRINGE.....	612, 875	SYRINGE.....	633, 876, 877
.....	632, 874	TERUMO HYPODERMIC		THIOLA.....	913
TECHLITE PLUS PEN		NEEDLE/SYRIN.....	612, 875	THIOLA EC.....	913
NEEDLE.....	632, 874	TERUMO INSULIN		<i>thioridazine</i>	364
TECHNA NAT UNSWT		SYRINGE....	632, 633, 875, 876	<i>thiothixene</i>	387
TROCHE BASEG2.....	734, 737	TERUMO SYRINGE....	612, 876	THRESHOLD IMT TRAINER	
TECNU.....	558	TEST N'GO BLOOD		.....	731, 877
TEGLUTIK.....	749	GLUCOSE SYSTEM...	666, 876	THRESHOLD PEP DEVICE	
TEGRETOL.....	358, 370	TEST N'GO TEST.....	716, 876	.....	731, 877
TEGRETOL XR.....	358, 370	TESTIM.....	447	THRIVITE RX.....	262
TEKTURNA.....	219	TESTOPEL.....	447	THROMBI-GEL.....	230
TELCARE CONTROL.	666, 874	TESTOPLEX PLUS.....	905	THROMBIN-JMI.....	230, 231
TELCARE LANCETS..	666, 874	<i>testosterone</i>	447, 448	THROMBI-PAD.....	231
TELCARE TEST STRIPS		<i>testosterone cypionate</i>	447	THYQUIDITY.....	472
.....	716, 875	<i>testosterone enanthate</i>	447	<i>thyroid (pork)</i>	470
TELORIA.....	522	TETOXIA.....	522	Tiadyt Er.....	206
<i>telmisartan</i>	196	<i>tetrabenazine</i>	426, 433	<i>tiagabine</i>	383
<i>telmisartan-amlodipine</i>	219	<i>tetracaine hcl</i>	947	TIAZAC.....	206
<i>telmisartan-</i>		<i>tetracaine hcl (pf)</i>	947	TIBSOVO.....	153
<i>hydrochlorothiazid</i>	209	<i>tetracycline</i>	12	<i>ticagrelor</i>	239
<i>temazepam</i>	392, 413	Texacort.....	541	TICANASE.....	98
TEMBEXA.....	3	TEZRULY.....	226	TIGLUTIK.....	749
<i>temozolomide</i>	149	TEZSPIRE.....	94	TIKOSYN.....	195
TEMPO REFILL KIT WITH		THALITONE.....	213	Tilia Fe.....	179
GAUZE.....	666, 875	THALOMID.....	27, 163	<i>timol-brimon-dorzol-</i>	
TEMPO SMART BUTTON		THEO-24.....	106	<i>bimato(pf)</i>	943
.....	586, 875	<i>theophylline</i>	106	<i>timolol</i>	936
TEMPO WELCOME KIT		THERABREATH.....	339	<i>timolol maleate</i>	221, 936
.....	666, 875	THERABREATH DRY		<i>timolol maleate (pf)</i>	936
Tencon.....	139	MOUTH.....	339	<i>timolol-bimatoprost</i>	946
TENIVAC (PF).....	328	THERAHONEY.....	498, 876	<i>timolol-brimon-dorzol-</i>	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		THERA-M.....	316	<i>bimatop</i>	943
.....	20, 34	THERANATAL.....	262	<i>timolol-brimonidi-</i>	
TENORETIC 100.....	204	THERANATAL COMPLETE	262	<i>dorzolam(pf)</i>	943
TENORETIC 50.....	204	THERANATAL ONE.....	262	<i>timolol-brimonidine-</i>	
TENORMIN.....	211	THERANATAL OVAVITE....	281	<i>dorzolamid</i>	943
TENS 502.....	586, 875	THERANATAL PLUS.....	262	<i>timolol-dorzolam-</i>	
TENS 504.....	586, 875	THERAPEUTIC		<i>bimatopro(pf)</i>	943
TENSCARE ITOUCH SURE		MOISTURIZING CREAM....	548	<i>timolol-dorzolamide-</i>	
.....	587, 875	THERAPEUTIC-M.....	316	<i>bimatopros</i>	943
TEPMETKO.....	156	THERA-VITE MAX-M.....	316	TIMOPTIC OCUDOSE (PF)	936
<i>terazosin</i>	226	THEREMS MULTIVITAMIN.	296	<i>tinidazole</i>	18
<i>terbinafine hcl</i>	16	<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i>	279	<i>tiopronin</i>	913
<i>terbutaline</i>	103			<i>tiotropium bromide</i>	91
<i>terconazole</i>	742			TIROSINT.....	472

TIROSINT-SOL.....	472	Tovet Emollient.....	542	TRI-CHLOR.....	502
TISSEEL VHSD		TOVET KIT	525	<i>trichloroacetic acid</i>	502
(APROTININ, SYN).....	500	TOVIAZ.....	917	TRICITRATES.....	914
TIVICAY.....	22	TPOXX (NATIONAL		TRICOR.....	204
TIVICAY PD.....	22	STOCKPILE).....	3	Triderm.....	542
<i>tizanidine</i>	748	TRACLEER.....	217	<i>trientine</i>	185
TLANDO.....	448	TRADJENTA.....	478	Tri-Estarylla.....	179
TM-VITE RX.....	250	<i>tramadol</i>	118, 119	TRIFERIC.....	275
TOBI.....	99	<i>tramadol-acetaminophen</i>		<i>trifluoperazine</i>	364
TOBI PODHALER.....	99	.....	123, 135	<i>trifluridine</i>	931
TOBRADEX.....	944	<i>trandolapril</i>	225	<i>trihexyphenidyl</i>	425
TOBRADEX ST	945	<i>trandolapril-verapamil</i>	222	TRIJARDY XR.....	473
<i>tobramycin</i>	100, 929	<i>tranexamic acid</i>	238	TRIKAFTA.....	100
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	99	TRANSDERM-SCOP	53	Tri-Legest Fe.....	179
<i>tobramycin with nebulizer</i>	100	<i>tranylcypromine</i>	399	TRILEPTAL.....	370
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	945	TRANZAREL.....	511	Tri-Linyah.....	179
<i>tobramycin-vancomycin</i>		TRAVATAN Z.....	949	TRILOAN II SUIK.....	468
.....	929, 930, 933	<i>travoprost</i>	949	TRILOAN SUIK.....	468
TOBREX.....	929	<i>trazodone</i>	377	Tri-Lo-Estarylla.....	179
TOLAK.....	556	TRECATOR.....	24	Tri-Lo-Marzia.....	179
<i>tolcapone</i>	388	TRELEGY ELLIPTA.....	94	Tri-Lo-Mili.....	179
<i>tolmetin</i>	130	TREMFYA.....	59, 487	Tri-Lo-Sprintec.....	179
TOLSURA.....	16	TREMFYA ONE-PRESS		TRI-LUMA.....	520
<i>tolterodine</i>	917	.....	58, 487	TRILURON.....	750
<i>tolvaptan</i>	212	TREMFYA PEN.....	59, 487	<i>trimethobenzamide</i>	41
<i>tolvaptan (polycys kidney</i>		TREMFYA PEN		<i>trimethoprim</i>	5
<i>dis</i>).....	921	INDUCTION PK-CROHN	59	Tri-Mili.....	179
TOOMEY SYRINGE	612, 877	<i>treprostinil sodium</i>	190	<i>trimipramine</i>	397
TOPAMAX.....	371	TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIMO-SAN JELLY	743
TOPCARE CLICKFINE	633, 877	100.....	442	TRINATAL RX 1.....	263
TOPCARE ULTRA		TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRINATE.....	263
COMFORT	633, 877	200.....	442	TRINTELLIX.....	416
TOPCARE UNIVERSAL1		TRESIBA U-100 INSULIN...	442	TRIONEX.....	508
LANCET.....	667, 877	TRESNI.....	127	TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	216
Topicort.....	541	<i>tretinoin</i>	582	Tri-Sprintec (28).....	180
TOPICORT.....	541, 542	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	158	TRISTART DHA.....	263
<i>topiramate</i>	371, 372	<i>tretinoin microspheres</i>	582	TRIUMEQ.....	19
TOPROL XL.....	211	TRETEN.....	247	TRIUMEQ PD.....	19
<i>toremifene</i>	165	TREXALL.....	142, 150	TRIVIA COMPLETE.....	296
TORONOVA II SUIK.....	130	<i>triacetin</i>	513	TRIVISC.....	750
TORONOVA SUIK.....	130	<i>triamcinolone acetonide</i>		TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-	
Torpenz.....	158	.....	339, 468, 542	FLUORIDE.....	270
<i>torsemide</i>	194	<i>triamterene</i>	204	Trivora (28).....	180
TOSYMRA.....	429	<i>triamterene-</i>		Tri-Vylibra.....	180
TOTALVISC.....	937	<i>hydrochlorothiazid</i>	211	Tri-Vylibra Lo.....	180
TOUCH-TROL.....	615, 877	Trianex.....	542	TROJAN ULTRA RIBBED	
TOUJEO MAX U-300		TRIASIL.....	542	CONDOM.....	588, 877
SOLOSTAR.....	441	<i>triazolam</i>	392, 413	TROKENDI XR.....	372, 373
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRIBENZOR.....	205	<i>tropicamide</i>	937
INSULIN.....	442	TRICARE.....	263	<i>tropium</i>	918

TRUBIOTICS.....82	TRUETRACK BLOOD	<i>turmeric-turmeric root extract</i>
TRUBIOTICS BABY.....81	GLUCOSE SYSTEM... 667, 880	906
TRUBIOTICS GUMMY.....82	TRUETRACK SMART	Turqoz (28)..... 177
TRUBIOTICS KIDS	SYSTEM.....667, 880	TUXARIN ER.....102
CHEWABLE.....82	TRUETRACK TEST.... 717, 880	TWIIST REFILL KT(CSST-
TRUBIOTICS KIDS GUMMY.82	TRULANCE.....40, 54	NDL-SYR).....671, 881
TRUDHESA.....431	TRULICITY.....452	TWIIST RFL(INFUS-CSST-
TRUE COMFORT INSULIN	TRUMENBA.....332	NDL-SYR).....671, 881
SYRINGE.....633, 877	TRUQAP.....146	TWIIST STARTER KIT 671, 881
TRUE COMFORT LANCET	TRUSKIN.....491	TWINRIX (PF).....326
.....667, 877	TRUSTEEL INFUSION SET	TWIRLA.....180
TRUE COMFORT PEN	23".....722, 880	TWIST LANCETS.....667, 881
NEEDLE.....634, 878	TRUSTEEL INFUSION SET	TWYNEO.....579
TRUE COMFORT PRO INS	32".....722, 881	TYBLUME.....177
SYRINGE.....634, 878	TRUSTEX LATEX	TYBOST.....928
TRUE COMFORT SAFE	CONDOM.....588, 881	Tydemy.....177
INSULIN SYRG.....634, 878	TRUSTEX LUBRICATED	TYENNE.....137
TRUE COMFORT SAFETY	CONDOMS.....588, 881	TYENNE AUTOINJECTOR.137
PEN NEEDLE.....634, 878	TRUSTEX NON-LUB	TYKERB.....162
TRUE COVER CONDOM	CONDOMS.....588, 881	TYMLOS.....438
.....588, 878	TRUSTEX-RIA	TYREX-2.....299
TRUE METRIX AIR	LUB/SPERMICIDE.....588, 881	TYRVAYA.....103
GLUCOSE METER.....667, 878	TRUSTEX-RIA	TYVASO.....190
TRUE METRIX GLUCOSE	LUBRICATED CONDOMS	TYVASO DPI.....190
METER.....667, 878	588, 881	TYVASO INSTITUTIONAL
TRUE METRIX GLUCOSE	TRUSTEX-RIA NON-LUB	START KIT.....190
TEST STRIP.....717, 879	CONDOMS.....588, 881	TYVASO REFILL KIT.....190
TRUE METRIX GO	TRUVADA.....20	TYVASO STARTER KIT.....190
GLUCOSE METER.....667, 879	TRUZONE PEAK FLOW	UBRELVY.....424
TRUE METRIX LEVEL 1	METER.....676, 881	UCERIS.....66
.....667, 879	TRYNGOLZA.....188, 201	UDENYCA.....234
TRUE METRIX LEVEL 2	TRYPTYR.....929	UDENYCA
.....667, 879	TRYVIO.....188	AUTOINJECTOR.....234
TRUE METRIX LEVEL 3	TUBERCULIN SYRINGE	UDENYCA ONBODY.....234
.....667, 879	613, 881	ULESFIA.....489
TRUE2GO BLOOD	<i>tuberculin-allergy syringes</i>	ULORIC.....907
GLUCOSE SYSTEM... 667, 879	613, 881	ULTANE.....144
TRUEDRAW LANCING	TUDORZA PRESSAIR.....91	ULTICARE...613, 635, 882, 883
DEVICE.....667, 879	TUKYSA.....159	ULTICARE INSULIN
TRUEPLUS INSULIN	Tulana.....168	SYRINGE.....635, 882
.....634, 635, 879	TULIVITE.....277	ULTICARE INSULN
TRUEPLUS KETONE..719, 879	TURALIO.....156	SYR(HALF UNIT).....635, 882
TRUEPLUS LANCETS 667, 880	<i>turmeric root extract</i> 906	ULTICARE LOW DEAD
TRUEPLUS PEN NEEDLE	<i>turmeric root ext-sour cherry</i> 906	SPACE SYRING.....613, 882
.....635, 880	<i>turmeric root-ginger root ext</i> 906	ULTICARE PEN NEEDLE
TRUERESULT BLOOD	<i>turmeric-ginger-black pepper</i>	635, 882
GLUCOSE SYSTM.....667, 880	906	ULTICARE SAFETY PEN
TRUETEST TEST STRIPS	<i>turmeric-turmeric ext-pepper</i>	NEEDLE.....635, 882
.....717, 880	906	ULTICARE SAFETY
		SYRINGE.....613, 882

ULTICARE TB SAFETY	ULTRA-CARE LANCETS	UNILET GP LANCET..
SYRINGE..... 613, 883	668, 886	668, 889
ULTIGUARD SAFEPAK-	ULTRACARE PEN NEEDLE	UNILET LANCET
INSULIN SYR..... 636, 883	638, 886	669, 889
ULTIGUARD SAFEPAK-	ULTRA-FINE INS SYR	UNILET SUPER THIN
PEN NEEDLE..... 636, 883	(HALF UNIT)..... 638, 886	LANCETS..... 669, 889
ULTI-LANCE..... 667, 668, 883	ULTRA-FINE INSULIN	UNISOM SIMPLE
ULTILET BASIC LANCETS	SYRINGE..... 638, 886	SLUMBERS..... 419
.....668, 883	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	UNISPEND ANHYDROUS
ULTILET CLASSIC	638, 886	SWEET 735
LANCETS..... 668, 883	ULTRAFOAM..... 231	UNISTIK 2 DEVICE 669, 889
ULTILET INSULIN	ULTRALANCE LANCETS	UNISTIK 2 EXTRA LANCET
SYRINGE..... 636, 883, 884	668, 886	669, 889
ULTILET LANCETS..... 668, 884	ULTRASAL-ER..... 502	UNISTIK 2 NORMAL
ULTILET PEN NEEDLE	ULTRA-THIN II (SHORT)	LANCET..... 669, 889
.....636, 884	INS SYR..... 638, 639, 887	UNISTIK 3 COMFORT
ULTILET SAFETY	ULTRA-THIN II (SHORT)	LANCET..... 669, 889
LANCETS..... 668, 884	PEN NDL..... 639, 887	UNISTIK 3 EXTRA LANCET
ULTIMA MONITOR..... 668, 884	ULTRA-THIN II INS PEN	669, 889
ULTIMA TEST STRIPS	NEEDLES..... 639, 887	UNISTIK 3 GENTLE 669, 889
.....718, 884	ULTRA-THIN II INSULIN	UNISTIK 3 NORMAL
ULTRA B-100 COMPLEX	SYRINGE..... 639, 887	LANCET..... 669, 889
(FOODBASE)..... 251	ULTRA-THIN II LANCETS	UNISTIK COMFORT
ULTRA BONEUP..... 267	668, 887	LANCETS..... 669, 889
ULTRA CMFT INS SYR	ULTRATRAK..... 718, 888	UNISTIK CZT LANCET
(HALF UNIT)..... 636, 884	ULTRATRAK GLUCOSE	669, 889
ULTRA COMFORT INSULIN	METER..... 668, 887	UNISTIK EXTRA LANCETS
SYRINGE..... 637, 884, 885	ULTRATRAK HIGH-LOW	669, 889
ULTRA FLO INSUL	CONTROL..... 668, 887	UNISTIK NORMAL
SYR(HALF UNIT)..... 637, 885	ULTRATRAK NORMAL	LANCETS..... 669, 890
ULTRA FLO INSULIN	CONTROL..... 668, 887	UNISTIK PRO LANCET
SYRINGE..... 637, 885	ULTRATRAK ULTIMATE	669, 890
ULTRA FLO PEN NEEDLE	668, 718, 888	UNISTIK SAFETY 669, 890
.....637, 885	ULTRAVATE..... 508, 543	UNISTIK TOUCH LANCETS
ULTRA MOISTURE..... 549	UNIFINE OTC PEN	669, 890
ULTRA PRENATAL PLUS	NEEDLE..... 639, 888	UNISTRIP LOW CONTROL
DHA..... 263	UNIFINE PENTIPS..... 639, 888	669, 890
ULTRA THIN II LANCETS	UNIFINE PENTIPS	UNISTRIP1 TEST STRIP
.....668, 885	MAXFLOW..... 639, 888	719, 890
ULTRA THIN LANCETS	UNIFINE PENTIPS PLUS	UNITHROID..... 472
.....668, 885	639, 889	UNIVERSAL 1 LANCETS
ULTRA THIN PEN NEEDLE	UNIFINE PENTIPS PLUS	669, 890
.....637, 885	MAXFLOW..... 639, 888	UNZDOMDIOXIAZAR..... 577
ULTRA THIN PLUS	UNIFINE PROTECT ... 640, 889	UP4 PROBIOTICS KIDS
LANCETS..... 668, 885	UNIFINE SAFECONTROL	CUBES..... 82
ULTRA TLC LANCETS 668, 885	PEN NEEDLE..... 640, 889	UP4 PROBIOTICS MEN'S 82
ULTRACARE INSULIN	UNIFINE ULTRA PEN	UP4 PROBIOTICS PLUS
SYRINGE..... 637, 638, 886	NEEDLE..... 640, 889	PREBIOTIC..... 82
	UNILET COMFORTOUCH	UP4 PROBIOTICS ULTRA.... 82
	LANCET..... 668, 889	UP4 PROBIOTICS
		WOMEN'S..... 82

UP4 PROBIOTICS- PREBIOTICS KIDS.....	82	VANDAZOLE.....	742	VELTASSA.....	302
UPNEEQ (PF).....	950	VANFLYTA.....	158	VEMLIDY.....	34
UPTRAVI.....	191	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	640, 890	VENCLEXTA.....	153
URAMAXIN.....	502	VANISHPOINT SYRINGE	613, 614, 640, 890, 891	VENCLEXTA STARTING PACK.....	153
URAMAXIN GT.....	502, 525	VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE	614, 891	VENELEX.....	493
<i>urea</i>	502, 526	VANOS.....	543	<i>venlafaxine</i>	396
UREA NAIL STICK.....	502	VANOXIDE-HC.....	577	<i>venlafaxine besylate</i>	395
UREAPRO.....	210	VANRAFIA.....	188	VENNGEL II.....	505
URELLE.....	34, 918	VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER.....	615, 891	VENNGEL ONE.....	505
URETRON D-S.....	34, 918	VAQTA (PF).....	334	VENTAVIS.....	190
URIBEL TABS.....	35, 919	VARDIMAXIA.....	579	VENTOLIN HFA.....	102
URIMAR-T.....	35, 919	<i>varenicline tartrate</i>	347	Venxxiva.....	913
URNEVA.....	35, 919	VARISOFT INFUSION SET 23".....	723, 891	VEOZAH.....	436
UROCIT-K 10.....	914	VARISOFT INFUSION SET 32".....	723, 891	<i>verapamil</i>	208, 211
UROCIT-K 15.....	914	VARISOFT INFUSION SET 43".....	723, 891	VERDESO.....	543
UROGESIC-BLUE.....	35, 918	VARITHENA ADMINISTRATION PACK	616, 891	VEREGEN.....	545
URO-MP.....	35, 919	VARIVAX (PF).....	324, 330	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	640, 891, 892
UROQID-ACID NO.2.....	36, 915	VAROPHEN (DICLOFENAC).....	566	VERIFINE PEN NEEDLE	640, 892
URO-SP.....	35, 919	VAROXIA.....	579	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	640, 892
UROXATRAL.....	912	VARUBI.....	41	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....	641, 892
URSO FORTE.....	40	VASCEPA.....	201	VERIFINE SAFETY LANCET MINI.....	669, 892
<i>ursodiol</i>	40	VASELINE WHITE PETROLEUM.....	550	VERIFINE UNIVERSAL LANCET.....	669, 892
URYL.....	35, 918	VASERETIC.....	222	Veripred 20.....	468
VAFSEO.....	228	VASHE.....	495	VERKAZIA.....	943
VAGIFEM.....	742	VASOTEC.....	225	VERQUVO.....	194
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM.....	183	VAXCHORA VACCINE.....	324, 325	VERSACLOZ.....	385
<i>valacyclovir</i>	14	VAXNEUVANCE (PF).....	326	VERTIGOHEEL.....	344
VALCHLOR.....	489	VCF CONTRACEPTIVE FILM.....	183	VERZENIO.....	161
VALCYTE.....	1	VCF CONTRACEPTIVE GEL.....	183	VESICARE.....	916
<i>valerian</i>	906	VECAMYL.....	208	VESICARE LS.....	916
<i>valerian root</i>	906	VECTICAL.....	508	Vestura (28).....	177
<i>valganciclovir</i>	1	VEGETARIAN BONEUP.....	267	VEVEN.....	545
VALINE 1000.....	253	Velivet Triphasic Regimen (28).....	180	VEVYE.....	943
VALINE AMINO ACID SUPPLEMENT.....	253	VELPHORO.....	920, 922	VFEND.....	16
VALIUM.....	392, 415	VELSIPITY.....	59	V-GO 20.....	671, 892
<i>valproic acid</i>	358, 380			V-GO 30.....	671, 892
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	358, 380			V-GO 40.....	671, 892
<i>valsartan</i>	196			VIBERZI.....	39, 57
<i>valsartan- hydrochlorothiazide</i>	209			VIBRANT.....	586, 892
VALTOCO.....	392, 393			VIBRANT STARTER KIT	586, 892
VALTREX.....	14			VICTOZA 2-PAK.....	452
Valtya.....	177			VICTOZA 3-PAK.....	452
Vanadom.....	749				
VANOCOCIN.....	27				
<i>vancomycin</i>	27				

VIEKIRA PAK.....	5	<i>vitamin a</i>	284	VONVENDI.....	237
Vienna.....	177	<i>vitamin a palmitate</i>	284	VOQUEZNA.....	36
<i>vigabatrin</i>	375	<i>vitamin b complex</i>	321	VOQUEZNA DUAL PAK.....	58
Vigadrone.....	375	VITAMIN B COMPLEX- ELECTROLYTES.....	251	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	58
VIGAFYDE.....	375	<i>vitamin b12-folic acid</i>	319	VORANIGO.....	147
VIGAMOX.....	930	VITAMIN C FIZZY DRINK...	283	<i>voriconazole</i>	16
Vigpoder.....	375	VITAMIN C WITH ROSE HIPS.....	280	VORTEX HOLDING CHAMBER.....	731, 893
VIIBRYD.....	376	Vitamin D2.....	252	VORTEX VHC PEDIATRIC MASK.....	731, 893
VIJOICE.....	926	<i>vitamin d2-vitamin k1</i>	319	VOSEVI.....	28
<i>vilazodone</i>	376	<i>vitamin d3-vitamin k2</i>	319	VOTRIENT.....	156
VIMPAT.....	365, 366	<i>vitamin e (dl, acetate)</i> ..	277, 526	VOWST.....	36
VIOKACE.....	65	<i>vitamin e acetate (bulk)</i>	277, 737	VOXZOGO.....	456
Viorele (28).....	182	<i>vitamin e-safflower oil</i>	549	VOYDEYA.....	228, 246
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM.....	731, 893	<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	549	VP-CH-PNV.....	264
VIRACEPT.....	30	VITAMIN K.....	317	VRAYLAR.....	356, 435
VIRAGRAPHIS.....	906	Vitamin K1.....	317	VTAMA.....	508
VIRASAL.....	502	<i>vitamin k2</i>	317, 318	VUITY.....	951
VIRAZOLE.....	3	<i>vitamin k2 (mk-4)</i>	317	VUMERITY.....	484
VIREAD.....	20, 34	VITRAKVI.....	152	VUSION.....	562
VISCO-3.....	750	VITREXYL.....	316	VYALEV.....	421
VISION HEALTH.....	899	VITREXYL PLUS IRON.....	316	Vyfemla (28).....	177
VISION OPTIMIZER....	316, 899	VITRON-C.....	277	VYKAT XR.....	923
VISTA ADVANCED AREDS2.....	316, 900	VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3.....	670, 893	Vylibra.....	177
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING.....	557	VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3.....	670, 893	VYNDAMAX.....	437
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT.....	237	VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2.....	670, 893	VYNDAQEL.....	437
VISTOGARD.....	160	VIVAGUARD INO GLUCOSE METER.....	670, 893	VYTORIN.....	512
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i>	269	VIVAGUARD INO SMART GLUC METER.....	670, 893	VYTORIN 10-10.....	218
<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i>	251	VIVAGUARD INO TEST STRIP.....	719, 893	VYTORIN 10-20.....	218
<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i>	906	VIVAGUARD LANCET 670, 893 VIVAGUARD LANCING DEVICE.....	670, 893	VYTORIN 10-40.....	218
VITABEX IRON.....	277	VIVAGUARD SAFETY LANCET.....	670, 893	VYTORIN 10-80.....	218
VITAFOL FE PLUS.....	263	VIVELLE-DOT.....	464	VYVANSE.....	408, 409
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE).....	263	VIVJOA.....	14	VYVGART HYTRULO.....	745
VITAFOL GUMMIES.....	281	VIVONEX PEDIATRIC.....	301	VYZULTA.....	949
VITAFOL ULTRA.....	263	VIVOTIF.....	324, 325	WAINUA.....	437
VITAFOL-OB.....	263	VIZIMPRO.....	161	WAKIX.....	358
VITAFOL-OB+DHA.....	263	VIZZ.....	951	<i>warfarin</i>	235
VITAFOL-ONE.....	263	VOGELXO.....	448	<i>water for irrigation, sterile</i>	318
VITAFUSION PRENATAL...	316	Volnea (28).....	182	WAYRILZ.....	248
VITAJOY ADULT MULTI....	316	VONJO.....	158	WAYZEN.....	525
VITAJOY BIOTIN.....	284			WEEKLY-D.....	252
VITAJOY DAILY C.....	280			WEGOVY.....	924
VITAL AF 1.2 CAL.....	301			WELCHOL.....	195
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL....	301			WELERIS.....	525
VITALVASC.....	906			WELIREG.....	159
VITAMEDMD ONE RX.....	263			WELLBUTRIN SR.....	379
				WELLBUTRIN XL.....	379
				WELLFOLA.....	316
				WELLPRO-31.....	83

Wera (28).....	178	WOUNDGELHA MATRIX....	523	XIMINO.....	12, 559
WESCAP-C DHA.....	316	WPR PLUS.....	569	XIRUN.....	525
WESCAP-PN DHA.....	296	Wymzya Fe.....	178	XOFLUZA.....	3
WESCAPS.....	251	WYNZORA.....	560	XOLAIR.....	106
WESNATAL DHA COMPLETE.....	264	XACIATO.....	741	XOLEGEL.....	562
WESNATE DHA.....	264	XADAGO.....	392	XOLREMDI.....	232
WES-PHOS 250 NEUTRAL	297, 915	XALATAN.....	949	XOPENEX HFA.....	102
WESTAB MAX.....	318, 320	XALIX.....	502	XOSPATA.....	158
WESTAB ONE.....	318, 320	XALKORI.....	153	XPHOZAH.....	249
WESTAB PLUS.....	264	XANAX.....	392, 415	XPOVIO.....	152, 158
WESTGEL DHA.....	264	XANAX XR.....	392, 415	XROMI.....	248
WHYTEDERM SURGIPAK.....	494	XARACOLL.....	146	XRYLIX (DICLOFENAC- KINES TAPE).....	505
WHYTEDERM TDPK.....	525	Xarah Fe.....	180	XTAMPZA ER.....	119
WHYTEDERM TRILASIL PAK.....	525	XARELTO.....	242	XTANDI.....	165
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	588, 893	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	242	Xulane.....	180
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	588, 894	XATMEP.....	142, 150	XULTOPHY 100/3.6.....	452
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	589, 894	XCELLENT C.....	280	XUREA.....	502
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	589, 894	XCELLENT E.....	318	XURIDEN.....	926
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	589, 894	XCELLISTEM.....	584	XYBIOTIC.....	83
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	589, 894	XCLAIR.....	549	XYLIDERM.....	511
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	589, 894	XCOPRI.....	376	XYLIGEL.....	339
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	589, 894	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	376	XYLIMELTS.....	339
WILATE.....	245	XCOPRI TITRATION PACK.....	376	XYMOBOLX.....	284
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB.....	731, 894	XDEMZY.....	929	XYMODINE.....	268
WINLEVI.....	486	XELJANZ.....	38, 136	XYNTHA.....	245
WINREVAIR.....	188	XELJANZ XR.....	38, 136	XYNTHA SOLOFUSE.....	245
WINTERGREEN OIL.....	489	XELODA.....	150	XYOSTED.....	448
Wixela Inhub.....	108	XELPROS.....	949	XYREM.....	362
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED.....	317	Xelria Fe.....	178	XYWAV.....	362
WOMENS DAILY GUMMIES	317	XELSTRYM.....	382, 409	Yargesa.....	927
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN.....	296, 317	XEMBIFY.....	329	YASMIN (28).....	178
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN.....	317	XENAZINE.....	426, 433	YAXATARXYN.....	520
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	264	XENLETA.....	7	YAZ (28).....	178
		XEPI.....	550	YCANTH.....	502
		XERESE.....	517	YESINTEK.....	38, 487
		XERMELO.....	41	YEZTUGO.....	1
		XEROFORM.....	672, 894	YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES.....	291
		XEROFORM PETROLATUM DRESSING	672, 894	YOKATAR.....	520
		XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP.....	672, 894	YONI FIT BLADDER SUPPORT.....	587, 894
		XHANCE.....	98	YONSA.....	161, 165
		XIFAXAN.....	32	YORVIPATH.....	454
		XIGDUO XR.....	450	YOSPRALA.....	237
		XIIDRA.....	938	YUM-YUM DOPHILUS.....	83
		XILAPAK.....	492	YUPELRI.....	91
				YUTREPIA.....	190
				Yuvaferm.....	742
				Zafemy.....	180

<i>zafirlukast</i>	99	<i>zinc amino acid chelate</i>	286	ZYMFENTRA.....	63, 112
<i>zaleplon</i>	383	ZINC BALANCE.....	286	ZYNRELEF.....	146
ZALVIT.....	282	<i>zinc citrate</i>	286	ZYPITAMAG.....	200
ZANAFLEX.....	749	<i>zinc gluc, oxide-ascorbic</i>		ZYPRAM.....	486
Zarah.....	178	<i>acid</i>	286	ZYPREXA.....	356, 385
ZARONTIN.....	379	<i>zinc gluconate</i>	286	ZYTIGA.....	162, 165
Zarontin.....	379	<i>zinc glycinate</i>	286	ZYVOX.....	7
ZARXIO.....	234	<i>zinc oxide</i>	550		
ZATEAN-PN DHA.....	296	<i>zinc sulfate</i>	286		
ZATEAN-PN PLUS.....	317	ZINGIBER.....	320		
ZAVESCA.....	927	ZIOPTAN (PF).....	949		
ZAVZPRET.....	424	ZIPHEX.....	282		
ZCORT.....	468	<i>ziprasidone hcl</i>	356, 385		
ZEGALOGUE		ZIRGAN.....	931		
AUTOINJECTOR.....	439	ZITHRANOL.....	508		
ZEGALOGUE SYRINGE.....	439	ZITHROMAX.....	13, 14		
ZEJULA.....	154	ZITHROMAX TRI-PAK.....	14		
ZELAPAR.....	393	ZITHROMAX Z-PAK.....	14		
ZELBORAF.....	157	ZITUVIO.....	478		
ZELSUVMI.....	486	ZMA CLEAR.....	574		
ZEMAIRA.....	103	ZOCOR.....	200		
ZEMBRACE SYMTOUCH...	429	ZOKINVY.....	928		
ZEMPLAR.....	926	ZOLINZA.....	162		
Zenatane.....	583	<i>zolmitriptan</i>	430		
ZENPEP.....	66	ZOLOFT.....	416		
ZENPHOR.....	498, 894	<i>zolpidem</i>	383		
Zenzedi.....	361, 382, 409	ZOMACTON.....	474		
ZEPATIER.....	28	ZOMIG.....	430		
ZEPBOUND.....	923	Zomig.....	430		
ZEPOSIA.....	59, 483	ZONEGRAN.....	373		
ZEPOSIA STARTER KIT		ZONISADE.....	373		
(28-DAY).....	59, 483	<i>zonisamide</i>	373		
ZEPOSIA STARTER PACK		ZONTIVITY.....	232		
(7-DAY).....	59, 483	ZORTRESS.....	349		
ZERVIAE.....	938	ZORVOLEX.....	127		
ZESTORETIC.....	222	ZORYVE.....	488, 508, 514		
ZESTRIL.....	225	Zovia 1-35 (28).....	178		
ZETIA.....	197	ZOVIRAX.....	15, 490		
ZETONNA.....	99	ZTALMY.....	365		
ZIAGEN.....	21	ZTLIDO.....	511		
ZICLOCIN.....	567	ZUBSOLV.....	346		
ZICLOPRO.....	567	Zumandimine (28).....	178		
<i>zidovudine</i>	21	ZUNVEYL.....	909		
ZIEXTENZO.....	234	ZURZUVAE.....	378		
ZILACAINE PATCH.....	511, 733	ZYCLARA.....	556		
ZILBRYSQ.....	745	ZYDELIG.....	160		
<i>zileuton</i>	93	ZYFLO.....	93		
ZILOVAL.....	511	ZYKADIA.....	153		
ZILXI.....	554	ZYLET.....	945		
ZIMHI.....	187	ZYLOPRIM.....	907		