

## **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 julio de 2024**

**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 <a href="http://kp.org/formulary">kp.org/formulary</a> [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](http://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](http://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>.



**KAISER PERMANENTE®**  
**Kaiser Permanente Insurance Company**  
**Notice of Language Assistance**

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. 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 en otros idiomas sin ningún costo.** Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

**免費語言服務。** 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，並且您可請我們將您的語言版本文件寄給您。如需協助，請致電列於您會員卡上的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

\*\*\*\*\*

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter and get documents read to you in your language. 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

**Doo bááhilinjígoó há ata' hane.** Ata' halne'í há shónáot'eeh dóo naaltsoos táá hazaad bee bik'i' asch'íigo hach'í' yidóoltah biniyé hach'í' anál'íh feh. Shíká i'doolwoł nínizingo nihich'í' hodíilnih koji' 1-800-788-0710 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígí bikáá'. Áká e'élyeed jinízingo CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íigo éi íáá bíł azhdilchi'. Navajo

**Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

**무료 언어 서비스.** 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-788-0710번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

**Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika.** Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-788-0710. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

**Անվճար լեզվական ծառայություններ.** Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

**Бесплатные переводческие услуги.** Вы можете воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут зачитать документы, а некоторые могут быть отправлены вам на вашем языке. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке или 1-800-788-0710. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

**言語サービス (無料)。** 通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁(1-800-927-4357)にお電話ください。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 تسهیلات زبانی رایگان.** شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

**ਬਿਨਾ ਲਾਗਤ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ।** ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ CA ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ। Punjabi

**សេវាភាសាភាគីភាគីផ្ទៃក្នុង** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តេជ្ញា សំរាប់ជំនួយ  
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រិត តាមគលមលេខដែលមានកែតម្រូវលើ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត  
ទូរស័ព្ទគេរកស្តងធានារ៉ាប់រង រ៉ាប់រងលើប្តីរើស្តី តាមគលមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកក៏រើស TTY គេកលខ 711។ Khmer

خدمات اللغة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم شفوي وخدمة قراءة المستندات لك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المدرج في بطاقة الهوية  
الخاصة بك أو برقم 1-800-788-0710. لمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمين بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. مستخدمو TTY يمكنهم الاتصال  
برقم 711. Arabic

**Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb.** Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag  
ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm  
koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau 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

**निःशुल्क भाषा सेवाएं।** आप एक दुभाषिया को ले सकते हैं और दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। सहायता के लिए, हमें  
अपने आईडी कार्ड पर दर्ज नंबर या 1-800-788-0710 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए सीए बीमा विभाग को 1-800-927-4357  
पर कॉल करें। टीटीवाई उपयोगकर्ता 711 पर कॉल करें। Hindi

**บริการด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย** คุณสามารถรับคำและรับการอ่านเอกสารให้คุณฟังในภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ  
โปรดโทรหาเราตามหมายเลขที่ระบุในบัตรประจำตัวประชาชน หรือ 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม  
โปรดติดต่อฝ่ายประกันภัยของ CA ที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โทร 711 ภาษาอังกฤษ Thai

## Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	31
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	31
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	77
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	99
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	99
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	99
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	100
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	137
Anthelmintic.....	139
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	140
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	157
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	174
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	174
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	177
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	178
Antiseptics And Disinfectants.....	212
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	212
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	232
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	233
Biológicos.....	295
Biológicos - Biological Agents.....	296
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	311
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	315
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	316
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals.....	320
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	321
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	323
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	397
Endocrino.....	397
Endocrino - Hormones.....	397
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	431
Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents.....	435
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	435
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	436
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	437
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents.....	519
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	520
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	640
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	644
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants.....	645
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	647
Sistema Locomotor.....	649
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	650
Soluciones De Preservación De Órganos.....	656
Soluciones De Preservación De Órganos - Drugs For The Heart.....	656

Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	658
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	776
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	787
Terapia De Trastorno Cognitivo.....	788
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	789
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	790
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	800
Thyroid Therapy.....	801
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	801
Vitamins - E.....	804
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	805

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes Antiinfecciosos</b>		
<b>Antiretroviral - Capsid Inhibitors</b>		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Tier 2	PA
<b>Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections</b>		
<b>Adyuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Drugs For Infections</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (interferon gamma-1b, recomb.)	Tier 3	PA; KP
<b>Agente Antiviral Cmv - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Tier 1	
<b>Agente Antiviral Cmv - Inhibidores De Complejo De Terminasa - Drugs For Viral Infections</b>		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG (letermovir)	Tier 3	PA
<b>Agentes Antihelmíntico - Derivados De Benzimidazoles - Drugs For Parasites</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
EGATEN ORAL TABLET 250 MG (triclabendazole)	Tier 3	
EMVERM ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG (mebendazole)	Tier 2	PA
<b>Agentes Antihelmíntico - Lactonas Macroscópica - Drugs For Parasites</b>		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes Antihelmíntico Otros - Drugs For Parasites</b>		
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes Antiprotozoarios (Antiparasitarios) - Derivados De Nitrotiazolilo-5 - Drugs For Parasites</b>		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (nitazoxanide)	Tier 3	QL (50 ML per 1 day)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<b>Agentes Antivirales De Influenza - Inhibidor De Endonucleasa Pa - Drugs For Viral Infections</b>		
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (baloxavir marboxil)	Tier 2	QL (4 EA per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG (baloxavir marboxil)	Tier 2	QL (2 EA per 180 days)
<b>Agentes Antivirales De Virus De Viruela - Drugs For Viral Infections</b>		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (brincidofovir)	Tier 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (brincidofovir)	Tier 2	
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (tecovirimat)	Tier 2	
<b>Agentes Antivirales De Virus Respiratorio Sincitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Tier 1	
<b>Alternative Therapy - Topical Anti-Inflammatory Agents - Antibiotics</b>		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM (aminosalicylic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Amebicidas - Drugs For Parasites</b>		
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<b>Aminoglycoside Antibiotic - Drugs For Viral Infections</b>		
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine HCl)	Tier 2	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (etravirine)	Tier 2	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG (doravirine)	Tier 3	
<b>Aminopenicillin Antibiotic - Antibiotics</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
MOXATAG ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 775 MG (amoxicillin)	Tier 3	
<b>Antagonista De Folato Antibacteriano - Otras Combinaciones - Antibiotics</b>		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Tier 1	
SULFATRIM ORAL SUSPENSION 200-40 MG/5 ML (sulfamethoxazole/trimethoprim)	Tier 1	
<b>Antagonista De Folato Antibacteriano Otros - Antibiotics</b>		
PRIMSOL ORAL SOLUTION 50 MG/5 ML (trimethoprim)	Tier 2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<b>Antibacterial Agents - Drugs For Viral Infections</b>		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (sofosbuvir)	Tier 3	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sofosbuvir)	Tier 3	PA
<b>Antibacterial Other - Drugs For Viral Infections</b>		
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir sodium)	Tier 3	
<b>Antibióticos De Alcaloides De Protoberberina Cuaterniana - Antibiotics</b>		
<i>berberine chloride oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
BERBERINE ES-5 ORAL CAPSULE 200 MG (dihydroberberine)	Tier 3	
<b>Antibióticos De Aminoglucósido - Antibiotics</b>		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML (amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories)	Tier 3	PA
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antibióticos De Aminometilciclina - Antibiotics</b>		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Tier 3	PA
<b>Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics</b>		
<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>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Tier 1	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Amoxicillin/Potassium Clavulanate in 120 days; QL (150 ML per 30 days)
<b>Antibióticos De Fluoroquinolona - Antibiotics</b>		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Tier 3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
FACTIVE ORAL TABLET 320 MG (gemifloxacin mesylate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<b>Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics</b>		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Linezolid 600mg tablets in 120 days; QL (6 EA per 6 days)
<b>Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics</b>		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Tier 3	PA
<b>Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics</b>		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 50mg/100mg IR tablets or capsules 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DORYX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 80 MG (doxycycline hyclate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 100mg tablets or capsules in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 150 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 100mg tablets or capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Hyclate 50mg tablets or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg, 80 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 50mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
doxycycline monohydrate (Mondoxyne NI Oral Capsule 100 Mg)	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
doxycycline monohydrate (Mondoxyne NI Oral Capsule 75 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
MORGIDOX 1X 50 KIT 50 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 1X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 2X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Tier 3	PA
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Doryx Mpc, Doxycycline Hyclate, Doxycycline Monohydrate, Minocycline HCL, or Vibramycin in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Antibióticos Macrólidos - Antibiotics</b>		
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Tier 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Tier 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Tier 2	QL (20 EA per 10 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Tier 1	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Tier 1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (erythromycin stearate)	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitor, Triterpenoid - Antibiotics</b>		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Tier 3	PA
<b>Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitors - Antibiotics</b>		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Tier 3	PA
<b>Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus</b>		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Tier 3	PA
<b>Antifungal Other - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antifungals - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus</b>		
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus</b>		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Tier 3	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Tier 3	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i>	Tier 1	PA
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Tier 3	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus</b>		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics</b>		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Tier 3	PA
<b>Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<b>Antipalúdicos - Drugs For Parasites</b>		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Tier 3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	QL (36 EA per 16 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 16 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Tier 2	QL (2 EA per 1 FILL)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Tier 3	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Tier 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 3	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Tier 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Tier 2	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Tier 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Tier 2	PA
<b>Antiprotozoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections</b>		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Tier 3	PA
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiprotozoario-Antibacteriano De 2Da Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections</b>		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (secnidazole)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clindamycin HCL, Clindamycin Palmitate HCL, Clindamycin Phosphate, Metronidazole, or Tinidazole in 365 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiretroviral - Análogos De Nucleósido Y Nucleótido, Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections</b>		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Tier 2	
<b>Antiretroviral - Cd4 Attachment Inhibitors - Drugs For Viral Infections</b>		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (fostemsavir tromethamine)	Tier 2	PA
<b>Antiretroviral - Comb De Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Tier 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiretroviral - Combinaciones De Análogos De Nucleósido E Inhibidor De Integrasa - Drugs For Viral Infections</b>		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
<b>Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nnrti - Drugs For Viral Infections</b>		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (dolutegravir sodium/rilpivirine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nrti - Drugs For Viral Infections</b>		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
<b>Antiretroviral - Combinaciones De Rtis Análogos De Nucleósido Y Nucleótido - Drugs For Viral Infections</b>		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 2	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Tier 1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
<b>Antiretroviral - Inhibidores De Fusión Vih-1 - Drugs For Viral Infections</b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (enfuvirtide)	Tier 2	KP
<b>Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análogo Nucleótido - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
<b>Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>didanosine oral capsule, delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (emtricitabine)	Tier 2	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiretroviral - Inhibidores De Transferencia De Sepa De Integrasa Vih-1 - Drugs For Viral Infections</b>		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	PV	ST: Must meet any of the following requirements: Descovy or generic Truvada in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, DAY SUPPLY LIMITED TO 21, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND USED FOR PREVENTION OF HIV; Age (Min 12 Years)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	PV	ST: Must meet any of the following requirements: Descovy or generic Truvada in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, DAY SUPPLY LIMITED TO 21, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND USED FOR PREVENTION OF HIV; Age (Min 12 Years)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG (dolutegravir sodium)	Tier 2	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG (dolutegravir sodium)	Tier 2	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG (cabotegravir sodium)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
<b>Antituberculosos - Derivados De Ácido Isonicotínico - Antibiotics</b>		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Antituberculosos - Rifamicinas Y Derivados - Antibiotics</b>		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Tier 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Cephalosporin Antibiotics - 1St Generation - Antibiotics</b>		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso</b>
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Cephalosporin Antibiotics - 3Rd Generation - Antibiotics</b>		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<b>Chemicals - Acids - Antibiotics</b>		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Chemicals - Bases - Antibiotics</b>		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Tier 3	
<b>Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics</b>		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Single Agents - Drugs For Parasites</b>		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (nifurtimox)	Tier 3	
<b>Cmv Antiviral Agent - Inorganic Pyrophosphate Analogs - Antibiotics</b>		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
<b>Cmv Antiviral Agent - Protein Kinase Inhibitors - Drugs For Viral Infections</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG (maribavir)	Tier 3	PA
<b>Combinaciones De Antirretrovirales - Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections</b>		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Tier 2	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Tier 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Tetraciclina Y Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics</b>		
AVIDOXY DK KIT 100 MG-2 % -SPF 30 (doxycycline monohydrate/salicylic acid/octinoxate/zinc oxide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 60 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
<b>Derivados De Nitrofuranos Antibacterianos - Antibiotics</b>		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 3	
<b>Dermatological - Enzyme Combinations - Drugs For Fungus</b>		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Keratolytic-Antimitotic Combinations - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	QL (40 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (20 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Tier 1	QL (360 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (zanamivir)	Tier 3	QL (40 EA per 180 days)
<b>Dermatological - Pigmenting Agents - Antibiotics</b>		
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	QL (56 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Tier 1	QL (300 ML per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Tier 1	QL (600 ML per 1 FILL)
<b>Dermatological - Therapeutic Bath Products - Antibiotics</b>		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Tier 2	PA
<b>Dermatological - Topical Local Anesthetics And Combinations - Drugs For Parasites</b>		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Tier 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether/lumefantrine)	Tier 3	
<b>Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<b>Hepatitis C - Comb De Inhib De Proteasa Ns5a, Ns3/4A, Nucleo.Ns5b Polimerasa - Drugs For Viral Infections</b>		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Hepatitis C - Inhibidor De Ns5a Y Combinación De Inhibidor De Proteasa Ns3/4A - Drugs For Viral Infections</b>		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Tier 3	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Tier 3	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Tier 3	PA
<b>Hepatitis C - Interferones - Drugs For Viral Infections</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)	Tier 2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (peginterferon alfa-2a)	Tier 2	PA
<b>Influenza-Agentes Antivirales A - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<b>Inhibidores De Proteasa (No-Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections</b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)	Tier 2	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Tier 3	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (darunavir)	Tier 2	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (darunavir)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Inhibidores De Proteasa (Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Tier 2	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Tier 1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (ritonavir)	Tier 2	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (atazanavir sulfate)	Tier 2	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (nelfinavir mesylate)	Tier 2	
<b>Macrolide Antibiotics - Drugs For Parasites</b>		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Macrolide Combinations - Antibiotics</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Tier 1	
clindamycin palmitate HCl (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 Ml)	Tier 1	
<b>Macrolide Combinations Other - Drugs For Viral Infections</b>		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG (bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir alafenamide fumar)	Tier 2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Tier 2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Medical Supplies And Dme - Nasal Dilator Strips - Drugs For Viral Infections</b>		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 3	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Tier 1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Tier 1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 2	
<b>Medical Supplies And Dme - Nebulizers - Antibiotics</b>		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Dme - Respiratory Therapy Supplies - Drugs For Parasites</b>		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Tier 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (miltefosine)	Tier 2	PA
<b>Penicillin Antibiotic - Natural - Antibiotics</b>		
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Penicillin Antibiotic - Penicillinase-Resistant - Antibiotics</b>		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Quinolone Antibiotics - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (maraviroc)	Tier 2	
<b>Rifamicinas Y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibiotics</b>		
AEMCOLO ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 194 MG (rifamycin sodium)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Azithromycin, Cipro, Ciprofloxacin HCL, Ciprofloxacin, Ciprofloxacin/ciprofloxacin HCL, Levofloxacin, or Ofloxacin in 120 days; QL (12 EA per 1 FILL)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Tier 3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (rifaximin)	Tier 3	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (rifaximin)	Tier 2	PA
<b>Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections</b>		
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 150-100 MG (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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Rna Polymerase Inhibitors - Drugs For Viral Infections</b>		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (molnupiravir)	PV	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)
<b>Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus</b>		
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<b>Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus</b>		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (miconazole)	Tier 3	
<b>Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleósidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections</b>		
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)	Tier 2	QL (630 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleótidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (tenofovir alafenamide)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
<b>Varias Combinaciones De Antiinfecciosos - Drugs For Infections</b>		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Tier 1	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Tier 3	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 3	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 3	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 3	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
<b>Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections</b>		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Tier 1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Tier 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Tier 3	
<b>Agentes De Terapia Gastrointestinal</b>		
<b>Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)</b>		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Tier 3	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Tier 3	PA
<b>Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers</b>		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach</b>		
<b>Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach</b>		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 Ml)	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Tier 1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Mesalamine DR in 120 days
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Tier 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG (mesalamine)	Tier 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Agente De Intestino Inflamatorio - Antagonista De Receptor De Integrina, Anticuerpo Mc - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML (vedolizumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Interleucina-12 Y Il-23, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Tier 3	PA; KP
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Quinasa De Janus (Jak) - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG (upadacitinib)	Tier 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
<b>Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<b>Agente Ibs - Inhibidor De Intercambiador De Sodio-Hidrógeno 3 (Nhe3) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (tenapanor HCl)	Tier 3	PA
<b>Agentes Antidiarreicos Opioides - Drugs For Diarrhea</b>		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Síndrom De Colon Irritable (Ibs) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Tier 3	PA
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (tegaserod hydrogen maleate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Max 64 Years)
<b>Agentes De Síndrome Del Intestino Corto (Sbs) - Drugs For The Stomach</b>		
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 3	
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 3	KP
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 3	KP
<b>Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach</b>		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Tier 3	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes Solubilizantes De Cálculos Biliares (Litolisis) - Drugs For The Stomach</b>		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Tier 3	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 3	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Amebicide Combinations - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antidiarreico - Inhibidor De Triptófano De Hidroxilasa - Drugs For Diarrhea</b>		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (telotristat etiprate)	Tier 3	PA
<b>Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Tier 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Tier 2	QL (3 EA per 21 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Tier 3	QL (2 EA per 14 days)
<b>Antiemético - Antihistamínicos - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i>	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
<b>Antiemético - Fenotiazidas - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
<i>prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)</i>	Tier 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)</i>	Tier 1	
<b>Antiemético - Tipo Canabinoide - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 3	QL (60 ML per 30 days)
<b>Antiespasmódico Gi - Aminas Terciarias Sintéticas - Drugs For Stomach Cramps</b>		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiespasmódico Gi - Compuestos De Amoníaco Cuaternario - Drugs For Stomach Cramps</b>		
DARTISLA ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.7 MG (glycopyrrolate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Glycopyrrolate 2mg in 120 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	Tier 1	KP
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Glycopyrrolate 2mg in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate/PF)	Tier 3	KP
<b>Antiespasmódico Gi Y Combinaciones De Benzodiacepina - Drugs For Stomach Cramps</b>		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiflatulentos Gastrointestinales - Drugs For The Stomach</b>		
<i>activated charcoal oral capsule 260 mg</i>	Tier 3	
<i>activated charcoal oral capsule 280 mg</i>	Tier 3	
BEANAID ORAL CAPSULE 300 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Tier 3	
BEANO ORAL TABLET 400 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Tier 3	
GAS RELIEF-PREVENTION ORAL CAPSULE 600 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea</b>		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Tier 1	
<b>Antihyperglycemic - Sulfonylurea And Biguanide Combinations - Drugs For Diarrhea</b>		
MYTESI ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG (crofelemer)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Antiretrovirals in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Antihyperglycemic - Sulfonylurea Derivatives - Drugs For The Stomach</b>		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Tier 3	PA; KP
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Tier 3	PA; KP
<b>Antileprotic - Sulfone Agents - Drugs For The Stomach</b>		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (cholic acid)	Tier 3	PA
<b>Antiparkinson Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (netupitant/palonosetron HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 28 days)
<b>Antiseptic And Disinfectant Combinations - Drugs For Stomach Cramps</b>		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DONNATAL ORAL ELIXIR 16.2 MG-0.1037 MG/5 ML (5 ML), 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (8 EA per 1 day)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 - 0.0194 mg/5 ml</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral tablet 16.2-0.1037 - 0.0194 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (1200 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (8 EA per 1 day)
<b>Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Comb - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
PRELIEF ORAL TABLET 65 MG (calcium glycerophosphate)	Tier 3	
<b>Antitussive-Antihistamine-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea</b>		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Tier 1	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (difenoXin HCl/atropine sulfate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Diphenoxylate HCL/Atropine in 120 days; QL (8 EA per 1 day)
<b>Asthma Therapy - 5-Lipoxygenase Inhibitors - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Tier 1	
<b>Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic Agent Combinations - Drugs For Stomach Cramps</b>		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET, EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Tier 3	
<b>Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic-Expectorant Combinations - Drugs For The Stomach</b>		
DAIRY RELIEF ORAL TABLET 3,000 UNIT, 4,500 UNIT, 9,000 UNIT (lactase)	Tier 3	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Tier 3	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Tier 3	PA
<b>Asthma Therapy - Leukotriene Modulators - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Asthma Therapy - Leukotriene Receptor Antagonists - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 10 MG, 5 MG (rabeprazole sodium)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed releas 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 120 days
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 2.5 MG, 5 MG (esomeprazole magnesium)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pantoprazole oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec in 120 days
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG (omeprazole magnesium)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Asthma Therapy - Xanthine Mixtures - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbitur-Antihist Comb - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG (dolasetron mesylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Ondansetron tablets or ODT in 120 days; QL (8 EA per 1 FILL)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ondansetron tablets or ODT in 120 days; QL (8 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (50 ML per 15 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (granisetron)	Tier 3	QL (1 EA per 7 days)
<b>Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbiturate Comb - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Tier 1	
<b>Asthma Therapy - Xanthine-Expectorant Combinations - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	Tier 1	QL (112 EA per 10 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMECLAMOX-PAK ORAL COMBO PACK 20 MG-500 MG-500 MG (40) (omeprazole/clarithromycin/amoxicillin trihydrate)	Tier 3	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG (omeprazole magnesium/amoxicillin trihydrate/rifabutin)	Tier 3	QL (168 EA per 14 days); Age (Min 18 Years)
<b>Combinaciones De Absorbentes-Modificadores De Flora Intestinal Antidiarreico Gi - Drugs For Diarrhea</b>		
ACIDOPHILUS-PECTIN ORAL CAPSULE 75 MILLION CELL -100 MG (Lactobacillus acidophilus/pectin)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Antiácido Otros - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 250-1.5 MG (calcium phosphate, tribasic/melatonin)	Tier 3	
<b>Cough And Cold Or Allergy Combinations Other - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium)</i>	Tier 3	
<b>Estreñimiento Idiopático Crónico Agentes - Agonistas De Guanilata Ciclasa-C (Gc-C) - Drugs For Constipation</b>		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Expectorant Combinations - Other - Drugs To Prevent Constipation</b>		
BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/3.5 GRAM (wheat dextrin)	Tier 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Tier 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Tier 3	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM (wheat dextrin)	Tier 3	
BEST FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.5 GRAM (wheat dextrin)	Tier 3	
CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 GRAM (polydextrose)	Tier 3	
CLEAR FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (dextrin)	Tier 3	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-ASPART) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM, 3.4 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 3	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-SUCROSE) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 3	
DAILY FIBER ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 3	
EASY FIBER (WHEAT DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM-100 MG CALCIUM (wheat dextrin/calcium carbonate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (dextrin)	Tier 3	
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/11 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 3	
FIBER (WITH ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 3	
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose/vitamin B complex)	Tier 3	
FIBER GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Tier 3	
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (wheat dextrin)	Tier 3	
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 3	
FIBERWELL ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose)	Tier 3	
HYFIBER FOR KIDS ORAL LIQUID 6 GRAM/15 ML (fructooligosaccharides/polydextrose)	Tier 3	
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) ORAL POWDER IN PACKET 3.5 GRAM (psyllium husk/sweetleaf)	Tier 3	
KONSYL SUGAR-FREE ORAL POWDER IN PACKET 6 GRAM (psyllium husk)	Tier 3	
NUTRISOURCE FIBER ORAL PACKET (guar gum)	Tier 3	
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER (guar gum)	Tier 3	
PREBIOTIC FIBER (FOS) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (fructooligosaccharides)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Tier 3	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Tier 3	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Tier 3	
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Tier 3	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 3	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 3	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 3	
<b>Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Tier 3	PA
<b>Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach</b>		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Linzess 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>H.Pylori Therapy-Potassium-Competitive Acid Blocker And Antibiotics - Drugs For The Stomach</b>		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)-500 MG (84) (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate)	Tier 3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin)	Tier 3	PA
<b>Hepatitis C Treatment Agents - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (tegaserod hydrogen maleate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Max 64 Years)
<b>Inflammatory Bowel Agent - Interleukin-23 (IL-23) Inhibitor, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 3	PA; KP
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 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)	Tier 3	PA; KP
<b>Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
<b>Laxantes - Combinaciones De Estimulantes Y Salinas/Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 320, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (320 ML per 1 FILL)
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 350, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (350 ML per 1 FILL)
<b>Laxantes - Salinos/Mezclas Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation</b>		
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; 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)	PV	ST: Must meet the following requirement: Sutab, Clenpiq, or generic bowel prep in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (3 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (354 ML per 1 FILL)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	PV	ST: Must meet the following requirement: Sutab, Clenpiq, or generic bowel prep in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (2 EA per 1 FILL)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (24 EA per 1 FILL)
<b>Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA; KP
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA; KP
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 3	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Tier 2	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Tier 2	PA; KP
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 3	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA; KP
<b>Medical Supplies And Dme - Diabetic Supplies - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
KONVOMEPEP ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2-84 MG/ML (omeprazole/sodium bicarbonate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1,680 mg, 40-1,680 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Medical Supplies And Dme - Diaphragms - Drugs For Vomiting And Nausea</b>		
BONJESTA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 20-20 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Tier 3	QL (60 EA per 30 days)
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (drlec) 10-10 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<b>Medical Supplies And Dme - Irrigation-Type Syringes - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<b>Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach</b>		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Tier 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)	Tier 3	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase)	Tier 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)	Tier 3	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 3	
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)	Tier 2	
<b>Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease</b>		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext.release 9 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Balsalazide Disodium in 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Tier 1	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Tier 3	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Tier 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Tier 3	PA
<b>Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea</b>		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus, salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Tier 3	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Tier 3	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Tier 3	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Tier 3	
ADVANCED PROBIOTIC ORAL CAPSULE 625 MG (10 BILLION CELL) (L.acidophilus/L.casei/L.lactis/L.rhamnosus/B.lactis/B.longum)	Tier 3	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Tier 3	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Tier 3	
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 3	
<i>bacillus coagulan,subtilis-xos oral tablet,chewable 1 billion cell- 40 mg</i>	Tier 3	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
BIOMEPRO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Tier 3	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Tier 3	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Tier 3	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (L.acidophilus,casei,rhamnosus/B.breve,longum)	Tier 3	
CLAIRVEE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Tier 3	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Tier 3	
CULTURELLE BABY DIGESTIVE CALM ORAL DROPS 2 BILLION CELL/5 DROPS (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Tier 3	
CULTURELLE BABY HEALTH DEVELOP ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 50 MG-300 MG (L. rhamnosus/B. animalis/dha/fucosyllactose/vitamin D3)	Tier 3	
CULTURELLE BABY PROBIOTIC-DHA ORAL DROPS 2.5 B CELL- 70 MG/0.5 ML (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis/dha)	Tier 3	
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -200 MG, 12 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Tier 3	
CULTURELLE GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Tier 3	
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 BILLION CELL -90 MG-3 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Tier 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)	Tier 3	
CULTURELLE KIDS GROW-THRIVE ORAL POWDER IN PACKET 3.5 BILLION CELL-1 GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobac animalis/fucosyllactose/D3)	Tier 3	
CULTURELLE KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE KIDS PROBIO-FIBER ORAL POWDER IN PACKET 2.5 BILLION CELL-3.5 GRAM (Lactobacillus rhamnosus GG/fiber)	Tier 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
CULTURELLE METABOLISM-WT MGMT ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus rhamnosus/Bifido animalis/vit B6/vit B12)	Tier 3	
CULTURELLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
CULTURELLE PRENATAL PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 3	
CULTURELLE PROBIOTIC-PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 3	
CULTURELLE TOTAL BALANCE ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Tier 3	
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 3	
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Tier 3	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combo no.10)	Tier 3	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Tier 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 3	
DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-3,000 UNIT (Bacillus coagulans/lactase)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 140 MG (Bacillus coagulans/calcium carbonate)	Tier 3	
DIGESTIVE PROBIOTIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Tier 3	
ENFAMIL DUAL PROBIOTICS-VIT D ORAL DROPS 2.5BILLION CELL -10 MCG/6 DROPS (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobacterium animalis/vitamin D3)	Tier 3	
ENVIVE ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei, B.lactis)	Tier 3	
EVIVO WITH MCT OIL FEEDING TUBE LIQUID 0.04 GRAM (8 BILL CELL/0.5ML (Bifidobacterium infantis)	Tier 3	
FEM DOPHILUS ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
FLORAJEN WOMEN ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
FLORASAVE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus no.65/Bifidobac no.7/B.subtilis/bacteriophages)	Tier 3	
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE 250-62.5-30 MG (S.boulardii/enzymes/ginger/peppermint leaf/fennel)	Tier 3	
FLORASTORBABY ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 3	
FLORASTORKIDS ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 3	
FLORASTORSELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE 250-300 MG (Saccharomyces boulardii/inulin)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORASTORSELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Tier 3	
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Tier 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)	Tier 3	
FORTIFY OPTIMA ADVANCED CARE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 60 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus combo no.20/Bifido no.9/inulin/acacia)	Tier 3	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/B.animalis/B.bifidum/B.infantis)	Tier 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)	Tier 3	
FORTIFY OPTIMA WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L.acidophilus,gasseri/Bifidobact animalis,bifidum,infantis)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
FORTIFY WOMEN PROBIO(L.SALIV.) ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.32/Bifidobacterium animalis/inulin)	Tier 3	
FORTIFY WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifidobacterium animalis/inulin)	Tier 3	
IDEAL BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Tier 3	
INFANT PROBIOTIC ORAL DROPS 1 BILLION CELL/0.5 ML (Bifidobacterium infantis)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei,plantarum,rhamn-B.animalis,breve)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS BABY ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (Lactobacillus casei/L.rhamnosus/Bifido no.4/GOS)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS BABY PROBIOTIC ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (L.casei,rhamnosus/Bifidobacterium breve,infantis,longum/GOS)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE ORAL TABLET 5 BILLION CELL- 188 MG (L.acidophilus,plantarum,rhamnosus/B.animalis,breve/enzymes)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JARRO-DOPHILUS EPS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 25 BILLION CELL, 5 BILLION CELL, 50 BILLION CELL (Lactobac no.19/Bifidobac breve,longum/Lactoc lactis/P. acidi)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS GUT CALM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 8 BILLION CELL (Lactobac. plantarum/S. boulardii/Pediococcus acidilactici)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS KIDS ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MILLION CELL-50 MG (L.acidophilus, plantarum/B.animalis, breve/FOS/inulin)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS ORAL CAPSULE 3.4 BILLION CELL-210 MG (Lactobacillus no.33/Bifido animalis,longum/FOS/inulin)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS PRENATAL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 6 BILLION CELL (L. crispatus,gasseri,jensenii,rhamnosus/B. infantis)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS ULTRA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L.acidop, casei, helv, paracas, plant, rham, sal/B. anim, long, bre v)	Tier 3	
JARRO-DOPHILUS WOMEN ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 3	
<i>l. acidophilus-b. coagulans oral tablet 35 million- 25 million cell</i>	Tier 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral capsule 500 million cell</i>	Tier 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 0.5 mg (100 million cell)</i>	Tier 3	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 1 billion cell</i>	Tier 3	
<i>lactobacillus acidoph-I.bulgar oral tablet 1 million cell</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 15 BILLION CELL -15 MG (L. acidoph, rhamn/Bifido animalis/B. subtilis/bacteriophages)	Tier 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)	Tier 3	
NEWFLORA ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 3	
OMNI-BIOTIC AB-10 ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (L.acid,parac,plant,rhamn,saliv-B.anim,bifid,long-E.faecium)	Tier 3	
OMNI-BIOTIC BALANCE ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL (L.acidoph,casei,salivar/B.animalis/Lactococ.lactis/E.faecium)	Tier 3	
OMNI-BIOTIC HETOX ORAL POWDER IN PACKET 15 BILLION CELL (L.acidophil,brevis,casei,sal/B.anim,bifid/Lactococcus lactis)	Tier 3	
OMNI-BIOTIC PANDA ORAL POWDER IN PACKET 3 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis, bifidum/Lactococcus lactis)	Tier 3	
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE ORAL POWDER IN PACKET 7.5 BILLION CELL (L.acido,casei,para,plant,sali/B.anim,bif/Lactococcus lactis)	Tier 3	
ONE-A-DAY TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
PREBIOMAX ORAL TABLET, CHEWABLE 1.4 GRAM (xylooligosaccharides)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIMADOPHILUS BIFIDUS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus, rhamnosus/Bifidobact. breve, longum)	Tier 3	
PRIMADOPHILUS ORIGINAL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
PRIMIDAR ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
PROBACAP ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 3	
PROBICHEW ORAL TABLET, CHEWABLE 21 BILLION CELL - 1 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Tier 3	
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 2 MG-12.5 MCG (L. helveticus, rhamnosus/B. longum/zinc yeast/selenium yeast)	Tier 3	
PROBIOMAX 350 DF ORAL POWDER IN PACKET 350 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Tier 3	
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 45 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Tier 3	
PROBIOMAX DAILY DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus, plantarum/Bifido animalis, longum)	Tier 3	
PROBIOMAX DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus, plantarum/Bifido animalis, longum)	Tier 3	
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-500 MG (Bacillus coagulans/hyperimmune egg)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
PROBIOMAX PLUS DF ORAL POWDER IN PACKET 40 BILLION CELL -1.5 GRAM (L.acidophilus, plantarum/B.animalis, longum/S.boulardii/larch)	Tier 3	
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL (L.acidophilus/L.plantarum/B.animalis/B.longum/S.boulardii)	Tier 3	
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 17.5 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei)	Tier 3	
PROBIONEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Tier 3	
PROBIOTIC (B. COAGULANS) ORAL TABLET, CHEWABLE 1 BILLION CELL, 2.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 3	
PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 3	
PROBIOTIC (WITH VITAMIN D3) ORAL TABLET, CHEWABLE 2 BILLION CELL- 5 MCG (Bacillus coagulans/cholecalciferol (vit D3))	Tier 3	
PROBIOTIC ACIDOPHILUS(14-STRN) ORAL TABLET, CHEWABLE 3 BILLION CELL (Lactobacillus no.66/Bifidobacterium no.4/S.thermophilus)	Tier 3	
PROBIOTIC COLON SUPPORT ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (Lactobacillus gasseri/Bifidobacterium bifidum/Bifido longum)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Tier 3	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN) ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -100 MG (L.acidoph,bulgar,paracasei,rhamnosu/B.animalis,longum/inulin)	Tier 3	
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN) ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Tier 3	
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Tier 3	
PROBIOTIC DUO ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis)	Tier 3	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Tier 3	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Tier 3	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Tier 3	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Tier 3	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Tier 3	
PROBIOTIC YEAST SUPPORT ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5.02 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/Kluyveromyces marxianus)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans,subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Tier 3	
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
PROMELLA ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 3	
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Saccharomyces boulardii)	Tier 3	
REVITAFLOL ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 3	
<i>saccharomyces boulardii oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	
<i>saccharomyces boulardii-yeast oral capsule, delayed release(dr/lec) 5 billion cell- 200 mg</i>	Tier 3	
SENIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Tier 3	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-BLEND ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis/Bifidobacterium infantis/S. thermoph)	Tier 3	
SUPERIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobac.acidoph,plantar,rhamn/Bifidobac.animal,breve,longum)	Tier 3	
TRUBIOTICS BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
TRUBIOTICS KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 6 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Tier 3	
TRUBIOTICS KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1.8 GRAM (Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 3	
TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
ULTIMATE FLORA BABY PROBIOTIC ORAL POWDER 4 BILLION CELL/GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifido bifidum,breve,infantis,longum)	Tier 3	
ULTRAFLOA WOMEN'S ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
UP4 PROBIOTICS ADULT 50 PLUS ORAL CAPSULE 25 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/L. plantarum/Bifido no.7)	Tier 3	
UP4 PROBIOTICS ADULT ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/L. plantarum/Bifido no.7)	Tier 3	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 20 MCG (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis/vit D2)	Tier 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)	Tier 3	
UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.51/Bifidobacterium combo no.4)	Tier 3	
UP4 PROBIOTICS WOMEN'S ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 250 MG (L.acidophilus/L.gasseri/L.plant/L.rham/B.animalis/cranberry )	Tier 3	
UP4 PROBIOTICS-PREBIOTICS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 3	
VISBIOME ORAL DROPS 0.5 BILLION CELL/DROP (Lactobacillus no.2/Bifidobacterium no.1/S.thermophilus)	Tier 3	
WELLPRO-31 ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
XYBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -1,000 MCG-25MG (L. acidophilus/Bacillus coagulans/folic acid/inulin)	Tier 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)	Tier 3	
<b>Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongest-Analgesic Combinations - Drugs To Prevent Constipation</b>		
SEKOKOT KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 3	
SEKOKOT ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 3	
SEKOKOT-CHAMOMILE ORAL TEA 1,400 MG- 1,100 MG (senna leaf/herbal complex no.324)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant Combinations - Drugs To Prevent Constipation</b>		
lactulose (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Tier 1	
KRISTALOSE ORAL PACKET 20 GRAM (lactulose)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Lactulose solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lactulose oral packet 10 gram</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Lactulose solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 20 gram/30 ml</i>	Tier 1	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Tier 3	
<b>Úlcera Péptica - Citprotectores Adherentes Al Lumen Gástrico - Drugs For Ulcers And Stomach Acid</b>		
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<b>Varias Combinaciones Antidiarreicas - Drugs For Diarrhea</b>		
BANATROL PLUS ORAL POWDER IN PACKET (banana flakes/transgalactooligosaccharides)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs</b>		
<b>Ace Inhibitor And Diuretic Combinations - Drugs For Allergies</b>		
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Tier 3	QL (236 ML per 1 FILL)
<b>Agentes Nasales Post-Quirúrgicos - Drugs For The Nose</b>		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Tier 3	PA
<b>Aminopenicillin Antibiotic Combinations - Extended Release - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (mannitol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Inhaled 7% Sodium Chloride solution in 120 days; QL (20 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<b>Anestesia Nasal - Allergy</b>		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Tier 1	
<b>Angiotensin II Receptor Blocker (Arb)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies</b>		
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy</b>		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (23 GM per 30 days)
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Tier 3	QL (29 GM per 30 days)
<b>Antibacterial Adjuvants - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (ivacaftor)	Tier 3	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Tier 3	PA
<b>Antibacterial Nitrofurans Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/COPD</b>		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Tier 2	QL (4 GM per 30 days)
<b>Antihistamínico De 1era Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold</b>		
phenylephrine HCl/promethazine HCl (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 MI)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antihistamínico De 1Era Generación- Descongestivo-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold</b>		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Tier 1	
<b>Antihistamínico De 2Da Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (desloratadine/pseudoephedrine sulfate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Antihistamínicos - 1Era Generación - Drugs For Allergies</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Carbinoxamine 4mg and IR solution in 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 3	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Tier 3	QL (236 ML per 1 FILL)
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Tier 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Carbinoxamine Maleate in 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 1	
<b>Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperazinas - Drugs For Allergies</b>		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperidinas - Drugs For Allergies</b>		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antihyperlipidemic Agents Other - Drugs For Allergies</b>		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiparkinson Therapy - Dopamine Precursors - Drugs For The Lungs</b>		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Tier 3	PA
<b>Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Antiamebic Combinations - Drugs For Asthma/Copd</b>		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	Tier 2	QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Tier 1	
<b>Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Anticholinergic Comb - Drugs For Asthma/Copd</b>		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Spiriva Respimat or Tiotropium Bromide in 120 days; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide)	Tier 2	QL (4 GM per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (tiotropium bromide)	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Spiriva Respimat or Tiotropium Bromide in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (revefenacin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lonhala Magnair in 120 days; QL (90 ML per 30 days)
<b>Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag- Benzisoxazole Deriv - Drugs For The Lungs</b>		
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Tier 3	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Tier 3	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Antitusivo No-Opioide-Antihistamínico De 1Era Gen-Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold</b>		
brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/dextromethorphan (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 MI)	Tier 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold</b>		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<b>Antitussives - Drugs For Asthma/Copd</b>		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG/ACTUATION, 232 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Tier 2	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; 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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (21.2 GM per 30 days)
<b>Antitussives - Non-Opioid - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>zileuton oral tablet, er multiphase 12 hr 600 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Montelukast Sodium and Zafirlukast in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Montelukast Sodium and Zafirlukast in 365 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Tier 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)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<b>Asthma Therapy - Thymic Stromal Lymphopietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd</b>		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Tier 3	PA; KP
<b>Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Carbinoxamine 4mg and IR solution in 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 3	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Tier 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Carbinoxamine Maleate in 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<b>Central Alpha-2 Agonists-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies</b>		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
<b>Combinación Antitusivo Opiode-Antihistamínico De 1Era Generación-Comb. De Descongestivo - Drugs For Cough And Cold</b>		
HISTEX-AC ORAL SYRUP 2.5-10-10 MG/5 ML (triprolidine HCl/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
MAR-COF BP ORAL LIQUID 2-30-7.5 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (chlorpheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (brompheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
RYDEX ORAL LIQUID 1.3-10-6.3 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
<b>Combinaciones Antitusivo Opiode-Anticolinérgico - Drugs For Cough And Cold</b>		
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup 5-1.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Syrup 5-1.5 Mg/5 MI)	Tier 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<b>Combinaciones Antitusivo Opiode-Descongestivo-Expectorante - Drugs For Cough And Cold</b>		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID 30-10-200 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN DAC ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
<b>Combinaciones Antitusivo Opiode-Expectorante - Drugs For Cough And Cold</b>		
<i>codeine-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 12 Years)
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
G TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
MAR-COF CG ORAL LIQUID 7.5-225 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 8-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 3	Age (Min 12 Years)
<b>Combinaciones De Lavados Nasales - Allergy</b>		
ALKALOL NASAL WASH NASAL SOLUTION (menthol/eucal/thymol/camphor/benz/sod chloride/pot chlorate)	Tier 3	
<b>Diuretic - Mercurial - Allergy</b>		
<i>epinephrine hcl nasal solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<b>Diuretic - Miscellaneous - Allergy</b>		
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Tier 1	
<b>Diuretic - Miscellaneous And Potassium Combinations - Allergy</b>		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	Tier 1	QL (30.5 GM per 30 days)
<b>Diuretic - Osmotic - Allergy</b>		
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Tier 1	QL (25 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (16 GM per 30 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (17 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG (ciclesonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (5 GM per 12 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Qnasl in 120 days; QL (6.8 GM per 30 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Qnasl Children in 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)	Tier 3	
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Flunisolide, Fluticasone Propionate, Mometasone Furoate, Nasonex 24hr Allergy in 120 days; QL (32 ML per 30 days)
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (6.1 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Expectorants - Single Agents, General - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<b>Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Tier 2	PA
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Tier 3	PA
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<b>Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (aztreonam lysine)	Tier 2	PA
<b>Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 3	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 3	PA
<b>Implante De Corticoesteroide Para Mantener Permeabilidad Sinusal - Drugs For The Nose</b>		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Tier 3	PA
<b>Medical Supplies And Dme - Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Formoterol Fumarate, Serevent Diskus, or Striverdi Respimat in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (salmeterol xinafoate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
<b>Medical Supplies And Dme - Oral Hygiene- Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Tier 1	
PROAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler in 120 days
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler in 120 days
<b>Medical Supplies And Dme - Peritoneal Dialysis Devices - Drugs For Cough And Cold</b>		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension, extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Tier 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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Promethazine HCL/codeine in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<b>Nasal Decongestant Combinations Other - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Nasal Mast Cell Stabilizer-Antihistamine Combinations - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Nasal Preparations - Nicotinic Receptor Partial Agonist - Drugs For The Nose</b>		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (varenicline tartrate)	Tier 3	PA
<b>Non-Opioid Antitussive-1st Generation Antihistamine-Analgesic Comb. - Drugs For Asthma/Copd</b>		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 3	KP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 3	KP
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 3	KP
<b>Non-Opioid Antitussive-Decongestant Combinations - Drugs For The Lungs</b>		
SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 4 GRAM (talc)	Tier 3	KP
<i>sterile talc intrapleural suspension for reconstitution 5 gram</i>	Tier 1	KP
STERITALC INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER 3 GRAM (talc)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STERITALC INTRAPLEURAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2 GRAM, 4 GRAM (talco)	Tier 3	KP
<b>Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs</b>		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Tier 3	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Tier 3	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Tier 3	
<b>Peripheral Alpha-1 Receptor Blocker-Diuretic Combination - Drugs For Allergies</b>		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Tier 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Tier 3	PA
<b>Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd</b>		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<b>Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Ii-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd</b>		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 3	PA; KP
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Ii-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd</b>		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Ii-5) - Drugs For Asthma/Copd</b>		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Tier 3	PA; KP
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales Para Inmunoglobina E (Ige) - Drugs For Asthma/Copd</b>		
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Tier 3	PA; KP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Terapia De Asma - Xantinas - Drugs For Asthma/Copd</b>		
theophylline anhydrous (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 MI)	Tier 1	
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG (theophylline anhydrous)	Tier 2	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Anticolinérgico - Drugs For Asthma/Copd</b>		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Anoro Ellipta and Stiolto Respimat in 365 days; QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide/albuterol sulfate)	Tier 2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide/formoterol fumarate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Anoro Ellipta and Stiolto Respimat in 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>	Tier 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide/olodaterol HCl)	Tier 2	QL (4 GM per 30 days)
<b>Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Glucocorticoide - Drugs For Asthma/Copd</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Tier 2	QL (12 GM per 30 days)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Tier 2	QL (32.1 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
budesonide/formoterol fumarate (Breynd Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Tier 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>	Tier 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)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (39 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; 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>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; 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>	Tier 1	QL (60 EA 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar</b>		
<b>Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist</b>		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver</b>		
<b>Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver</b>		
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Tier 3	PA
<b>Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver</b>		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Tier 3	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Tier 3	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Tier 3	PA
<b>Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos</b>		
<b>Analgesic - Opioid Antagonists</b>		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Tier 3	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Tier 3	
<b>Anti-Inflammatory - Antimitotics</b>		
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever</b>		
<b>Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, No-Selectivos - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA; KP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA; KP
<b>Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, Tnf-Alfa Sel - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA; KP
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 10 mg/0.2 ml, 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA; KP
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 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: 07/01/2024

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 (adalimumab-ryvk)	Tier 3	PA; KP
SIMPONIA ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 2	KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA; KP
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 3	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA; KP
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 3	PA; KP
<b>Agonistas De Analgésico De Opioides - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (hydromorphone HCl/PF)	Tier 3	KP
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET IN APPLICATOR 30 MCG (sufentanil citrate)	Tier 3	PA
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Tier 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>	Tier 1	KP
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 3	PA
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Tier 1	PA; 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>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
FENTORA BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (fentanyl citrate)	Tier 3	PA
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Tier 1	KP
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydromorphone rectal suppository 3 mg</i>	Tier 1	
HYSINGLA ER ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 80 MG (hydrocodone bitartrate)	Tier 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>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	KP; QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (40 ML per 1 day)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Tier 1	KP
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syringe 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	KP
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Tier 1	KP
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Tier 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (tapentadol HCl)	Tier 3	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)	Tier 3	QL (6 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 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>	Tier 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)	Tier 2	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)	Tier 2	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>	Tier 1	
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone HCl)	Tier 3	
<i>tramadol oral capsule,er biphase 24 hr 17-83 300 mg</i>	Tier 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>	Tier 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>	Tier 1	PA
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Tier 3	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg</i>	Tier 3	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 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>	Tier 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)	Tier 3	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)	Tier 3	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)	Tier 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (8 EA per 1 day)
<b>Analgésico - Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml), 5,000 mcg/10 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Analgésico - Neuronal De Tipo (N) Bloqueadores De Canal De Calcio (Nccbs) - Arthritis And Pain Drugs</b>		
PRIALT INTRATHECAL SOLUTION 100 MCG/ML, 25 MCG/ML (ziconotide acetate)	Tier 3	KP
<b>Analgésico De Opiode Dihidrocodeína, Analgésico No-Salicilato, Xantina - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Acetaminophen With Codeine tablets in 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Analgésico De Opiode Hidrocodona Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs</b>		
APADAZ ORAL TABLET 4.08-325 MG, 6.12-325 MG, 8.16-325 MG (benzhydrocodone HCl/acetaminophen)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Norco (Hydrocodone/acetaminophen) tablet in 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Norco (Hydrocodone/acetaminophen) tablet in 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Tier 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<b>Analgésico De Opiode Hidrocodona Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Tier 1	
<b>Analgésico De Opiode Oxidodona Y Combinaciones De No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs</b>		
oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Tier 3	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 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>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 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)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Tier 3	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs</b>		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Tier 3	
<b>Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayered rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Tier 1	
<b>Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Antagonista De Receptor De Histamina H2 - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic prescription strength Ibuprofen 400, 600, or 800mg in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Inhibidor De Bomba De Protones - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Naproxen or Naproxen Sodium in 120 days
<b>Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Irritante Tópico Y Antiirritante - Arthritis And Pain Drugs</b>		
INFLAMMACIN KIT 75 MG- 0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL) KIT, GEL AND TABLET DELAY REL 75 MG-3 %- 3 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 3	
NAPROTIN KIT 500 MG- 0.025 % (naproxen/capsicum oleoresin)	Tier 3	
<b>Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Analgésicos De Salicilato - Arthritis And Pain Drugs</b>		
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>	Tier 1	
DURLAZA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Tier 3	PA
ECOTRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
<b>Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>diclofenac potassium oral capsule 25 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dico Gel, Diclofenac Sodium, Diclofenac Sodium/Misoprostol, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 3	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Tier 3	QL (8 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dico Gel, Diclofenac Sodium, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Tier 3	QL (8 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<b>Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs</b>		
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Tier 3	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Tier 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 3	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Tier 3	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Tier 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Tier 3	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Tier 1	
ketoprofen (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Tier 1	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 3	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin oral capsule 300 mg</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<b>Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Oxicam - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>meloxicam submicronized oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Potassium, Diclofenac Sodium, or Meloxicam in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<b>Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Otros - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Tier 1	KP
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Tier 1	KP
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Tier 1	KP
<i>ketorolac nasal spray,non-aerosol 15.75 mg/spray</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic nonsteroidal anti-inflammatory drug in 120 days; QL (5 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: 07/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso</b>
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (20 EA per 5 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
RELAFEN DS ORAL TABLET 1,000 MG (nabumetone)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Nabumetone in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
SPRIX NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15.75 MG/SPRAY (ketorolac tromethamine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic nonsteroidal anti-inflammatory drug in 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
<b>Analgésicos Nsaid (Inhibidores De Ciclooxygenasa-No Selectiva) - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 3	
<b>Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
INDOCIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (indomethacin)	Tier 3	
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG (indomethacin)	Tier 3	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 3	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Tier 3	
TIVORBEX ORAL CAPSULE 20 MG (indomethacin, submicronized)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Indomethacin capsules in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<b>Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Tier 3	PA; KP
<b>Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs</b>		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Tier 3	PA
<b>Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)	Tier 2	
<b>Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 3	QL (60 EA per 30 days)
<b>Combinaciones De Analgesico De Opiode Fentanilo - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>fentanyl (pf)-bupivacaine-nacl epidural prefilled pump reservoir 2 mcg/ml- 0.1 %, 2 mcg/ml- 0.125 %</i>	Tier 1	KP
<i>fentanyl (pf)-bupivacaine-nacl epidural syringe 1.5 mcg/ml- 0.125 %, 2 mcg/ml- 0.125 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl (pf) epidural prefilled pump reservoir 2-0.2 mcg/ml-%</i>	Tier 1	KP
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl (pf) epidural solution 2-0.1 mcg/ml-%, 2-0.125 mcg/ml-%</i>	Tier 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>	Tier 1	KP
<b>Combinaciones De Analgésico De Opiode Oxycodona - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Tier 3	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 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>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 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)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Tier 3	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<b>Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (10 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Combinaciones De Analgésico De Opioides Dihidrocodeína - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Acetaminophen With Codeine tablets in 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Combinaciones De Salicilato Analgésico - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<b>Combinaciones De Salicilato Analgésico Y Sedantes - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
<b>Contraceptive Injectable - Progestin - Arthritis And Pain Drugs</b>		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 3	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Tier 3	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dmard - Antagonista De Receptor De Interleucinas-1 (EI-1Ra) - Arthritis And Pain Drugs</b>		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (anakinra)	Tier 3	PA; KP
<b>Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs</b>		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 3	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (apremilast)	Tier 3	PA
<b>Dmard - Inhibidores De Receptor De Interleucinas-6 (Il-6), Anticuerpo Monoclonal - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Tier 3	PA; KP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Tier 3	PA; KP
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 3	PA; KP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs</b>		
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 3	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs</b>		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 3	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Immunomodulator - Rho Kinase Inhibitor - Arthritis And Pain Drugs</b>		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (belumosudil mesylate)	Tier 3	PA
<b>Inmunomodulador Estimulante De B-Linfocito (Blys)-Mcab Inhibidor Específico - Arthritis And Pain Drugs</b>		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (belimumab)	Tier 3	PA; KP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (belimumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Medical Supplies And Dme - Air Cleaners - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (abatacept)	Tier 3	PA; KP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Spermicidas - Arthritis And Pain Drugs</b>		
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	Tier 2	
<b>Urinary Anti-Infective Combinations - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule 50-300 mg</i>	Tier 3	QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Butalbital/acetaminophen 50mg-325mg combination product in 120 days; QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
butalbital/acetaminophen/caffeine (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Tier 1	
butalbital/acetaminophen (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Tier 1	
<b>Urinary Antispasmodics - Arthritis And Pain Drugs</b>		
BELBUCA BUCCAL FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG (buprenorphine HCl)	Tier 3	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Tier 1	KP; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Tier 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>	Tier 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>	Tier 1	KP
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Tier 3	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs</b>		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
OTREXUP (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4 ML, 12.5 MG/0.4 ML, 15 MG/0.4 ML, 17.5 MG/0.4 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.4 ML, 25 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Tier 2	KP; QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.8 ML 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.6 ML 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Methotrexate Sodium, Methotrexate Sodium/pf, Rheumatrex, or Trexall in 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
<b>Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA; KP
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 10 mg/0.2 ml, 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	PA; KP
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	PA; KP
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA; KP
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 3	PA; KP
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 3	PA; KP
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA; KP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 3	PA; KP
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 3	PA; KP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 2	KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA; KP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA; KP
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 3	PA; KP
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 3	PA; KP
<b>Anestésicos - Drugs For Pain And Fever</b>		
<b>Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation</b>		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Tier 1	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Tier 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid</i>	Tier 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Tier 3	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation</b>		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<b>Anestesia, No-Parenteral-Benzodiacepinas-Combinaciones Anti-Eméticas - Drugs For Sedation</b>		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (midazolam/ketamine HCl/ondansetron HCl)	Tier 1	
<b>Complementos De Anestesia General - Opioide - Drugs For Sedation</b>		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Tier 1	KP
<b>Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation</b>		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
<i>bupivacaine in nacl(pf) epidural solution 0.125 % (1,250 mcg/ml)</i>	Tier 1	KP
<i>bupivacaine in nacl(pf) epidural syringe 25 mg/10 ml (2.5mg/ml)0.25%</i>	Tier 1	KP
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (240 GM per 30 days)
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Tier 3	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
ropivacaine (pf)-nacl,iso-osm epidural solution 0.2 % (2 mg/ml)	Tier 1	KP
ropivacaine(pf)-0.9 % sodchlor epidural prefilled pump reservoir 0.2 % (2 mg/ml)	Tier 1	KP
ropivacaine(pf)-0.9 % sodchlor epidural solution 0.15 %, 0.2 %	Tier 1	KP
XARACOLL IMPLANT IMPLANT 100 MG (bupivacaine HCl)	Tier 3	KP
<b>Interstitial Cystitis Agents - Drugs For Sedation</b>		
CLOROTEKAL (PF) INTRATHECAL SOLUTION 10 MG/ML (1 %) (chlorprocaine HCl/PF)	Tier 1	KP
<b>Local Anesthetic - Nsaid Combinations - Drugs For Sedation</b>		
ZYNRELEF SURGICAL SITE INSTILLATION SOLUTION,EXTENDED RELEASE 200 MG-6 MG /7 ML, 400 MG-12 MG /14 ML (bupivacaine/meloxicam)	Tier 3	KP
<b>Anthelmintic</b>		
<b>Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor</b>		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)</b>		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors</b>		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (mometinib dihydrochloride)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors</b>		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations</b>		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Tier 3	PA
<b>Anthelmintic - Drugs For Cancer</b>		
<b>Agentes De Protección Del Tracto Urinario Usados En Conjunto Con Quimioterapia - Drugs For Cancer</b>		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Tier 3	
<b>Agentes De Rescate De Metotrexato - De Tipo Antagonista De Ácido Fólico - Drugs For Cancer</b>		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer</b>		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer</b>		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 3	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 3	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 3	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 3	PA
<b>Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer</b>		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilsulfanato - Drugs For Cancer</b>		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Tier 2	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer</b>		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 3	
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 3	
HEPZATO INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Tier 2	
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Drugs For Cancer</b>		
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Tier 2	
<b>Antineoplásico - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer</b>		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer</b>		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Tier 1	KP
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
Trexall ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Methotrexate Sodium, Methotrexate Sodium/pf, Rheumatrex, or Trexall in 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer</b>		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Tier 1	PA
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Tier 3	PA
<b>Antineoplasico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer</b>		
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Mercaptopurine in 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Tier 3	
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer</b>		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Antineoplásico - Antimetabolitos - Combinaciones De Análogos De Pirimidina - Drugs For Cancer</b>		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (trifluridine/tipiracil HCl)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer</b>		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplásico - Combinación De Inhibidor De Quinasa E Inhibidor De Aromatasa - Drugs For Cancer</b>		
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG (ribociclib succinate/letrozole)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer</b>		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Antineoplásico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Cancer</b>		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<b>Antineoplásico - Inhib De Cinasa De Receptores De Factor De Crecimiento De Fibroblasto (Fgfr) - Drugs For Cancer</b>		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (erdafitinib)	Tier 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)	Tier 3	PA
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidor De Quinasa Receptora De Tropomiosina (Trk) - Drugs For Cancer</b>		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (larotrectinib sulfate)	Tier 3	PA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer</b>		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Exportina-1 (Xpo1) - Drugs For Cancer</b>		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 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)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer</b>		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Tier 3	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Tier 3	PA
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Tier 3	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Tier 3	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Tier 3	PA
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Tier 3	PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma-2 De Células B (Bcl-2) - Drugs For Cancer</b>		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG (venetoclax)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer</b>		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Tier 3	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer</b>		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer</b>		
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)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer</b>		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer</b>		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Tier 3	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Tier 3	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer</b>		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (repotrectinib)	Tier 3	PA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Tier 3	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Tier 3	PA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Tier 3	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 3	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 3	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Tier 3	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Tier 3	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Tier 3	
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 3	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 3	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Tier 3	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	PA
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Tier 3	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Tier 3	PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Tier 3	PA
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Tier 3	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Tier 3	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Tier 3	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Tier 3	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 3	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Tier 3	PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Tier 3	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Tier 3	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer</b>		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Tier 3	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Tier 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)	Tier 3	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 3	PA
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 3	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer</b>		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Tier 3	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate/vitamin E TPGS)	Tier 3	PA
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 3	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 3	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer</b>		
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirosina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer</b>		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Tier 3	PA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Inhibidores Selectivos De Exportación Nuclear (Sine) - Drugs For Cancer</b>		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 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)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer</b>		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Tier 3	PA; KP
<b>Antineoplásico - Quinasa De Janus(Jak), Inhib De Tipo Fms De Tirosina Quinasa(Flt) - Drugs For Cancer</b>		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (fedratinib dihydrochloride)	Tier 3	PA
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Tier 3	PA
<b>Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer</b>		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer</b>		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 3	KP; QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Tier 3	KP; QL (1 EA per 30 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 3	KP; QL (2 EA per 365 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer</b>		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Tier 3	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG (sotorasib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Tier 3	PA
<b>Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer</b>		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Tier 3	PA
<b>Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer</b>		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 3	PA
<b>Antitubercular - Rifamycin And Derivatives - Drugs For Cancer</b>		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Tier 3	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 3	PA
<b>Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer</b>		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Tier 3	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Tier 3	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Tier 3	PA
<b>Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer</b>		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Tier 3	QL (24 EA per 14 days)
<b>Hepatitis C - Interferons - Drugs For Cancer</b>		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Tier 3	PA
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Tier 3	PA
<b>Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer</b>		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Tier 3	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Tier 3	PA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Tier 3	PA
<b>Immune Serums - Drugs For Cancer</b>		
HICON ORAL KIT 1,000 MCI/ML (1 ML), 250 MCI/0.25 ML, 500 MCI/0.5 ML (sodium iodide-131)	Tier 3	
<b>Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer</b>		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Tier 3	KP
<b>Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer</b>		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 50 MG (ruxolitinib phosphate)	Tier 3	PA
<b>Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxiilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 1Era Generación - Drugs For Cancer</b>		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Tier 1	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer</b>		
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Tier 3	PA
<b>Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer</b>		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Tier 3	
<b>Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer</b>		
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG (mobocertinib succinate)	Tier 3	PA
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Medical Supplies And Dme - Masks - Drugs For Cancer</b>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 3	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Tier 3	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Tier 2	PA
<b>Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer</b>		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Tier 3	PA
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Tier 3	PA
<b>Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer</b>		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer</b>		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Tier 3	
<b>Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer</b>		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	Tier 2	
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER 7.7 MG (carmustine in polifeprosan 20)	Tier 3	KP
<b>Prostaglandins - Drugs For Cancer</b>		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Tier 3	
<b>Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer</b>		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (leuprolide acetate)	Tier 3	PA; KP
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Tier 3	PA; KP
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (leuprolide acetate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Tier 3	PA; KP
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Tier 1	PA; KP
<b>Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer</b>		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<b>Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer</b>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Vaccines - Bacterial - Drugs For Cancer</b>		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (estramustine phosphate sodium)	Tier 2	
<b>Vaccines - Drugs For Cancer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Tier 3	PA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Tier 3	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Tier 3	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Tier 3	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Vaccines - Viral - Drugs For Cancer</b>		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Tier 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>	Tier 1	
<b>Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women</b>		
<b>Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills</b>		
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	
JULIE 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	
TAKE ACTION 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills</b>		
<i>l norgestle.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	
<b>Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills</b>		
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	
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	
<b>Anticonceptivos De Emergencia - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills</b>		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills</b>		
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	
JULIE 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	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
<b>Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills</b>		
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone (Lyza 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 (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	PV	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
<b>Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills</b>		
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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	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 (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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 0.25-35 Mg-Mcg)	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 (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemily 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	PV	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	PV	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	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 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	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	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	PV	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	PV	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
norgestimate-ethinyl estradiol (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 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	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
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 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antineoplastic - Photosensitizers - Birth Control Pills</b>		
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	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	PV	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (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-35 Mcg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (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-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills</b>		
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	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	
<b>Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	PV	
<b>Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills</b>		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	PV	
<b>Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills</b>		
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/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Diagnostic Agents - Birth Control Pills</b>		
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	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	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	
<i>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)</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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<b>Diagnostic Test Reagents - Birth Control Pills</b>		
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	
<b>Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills</b>		
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	PV	
<b>Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills</b>		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	PV	
<b>Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease</b>		
<b>Metabolic Disease Enzyme Replacement, Molybdenum Cofactor Deficiency - Drugs For Metabolic Disease</b>		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (fosdenopterin hydrobromide)	Tier 3	PA; KP
<b>Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Hipofosfatasa - Drugs For Metabolic Disease</b>		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML (asfotase alfa)	Tier 3	PA; KP
<b>Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Inmunodeficiencia Severa Combinada - Drugs For Metabolic Disease</b>		
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (elapegademase-lvlr)	Tier 3	PA; KP
<b>Antiporphyrin Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
<b>Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
CUVRior ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Tier 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: 07/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso</b>
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 3	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Tier 3	
<b>Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 3	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Tier 1	PA; KP
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Tier 3	PA
<b>Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Tier 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Tier 3	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Tier 3	PA; KP
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (naldemedine tosylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Movantik in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antídoto - Agente De Reactivación De Colinesterasa - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Tier 3	KP
<b>Antídoto - Envenenamiento De Acetaminofén - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Tier 1	
<b>Antídoto Otros - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (zinc acetate)	Tier 3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Tier 3	
WILZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC) (zinc acetate)	Tier 3	
<b>Antifungal - Amphoteric Polyene Macrolides - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Tier 1	
<b>Cytoprotective Agents - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (pralidoxime chloride/atropine sulfate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Immunosuppressive - Calcineurin Inhibitors - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Tier 3	
<b>Urinary Antispasmodic Combinations - Drugs For Overdose Or Poisoning</b>		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Tier 2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection auto-injector 10 mg/0.4 ml</i>	Tier 1	KP
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Tier 1	QL (4 EA per 30 days)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (nalmefene HCl)	Tier 3	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Tier 3	KP; QL (2 ML per 30 days)
<b>Antiseptic - Chlorine Releasing</b>		
<b>Endothelin Receptor Antagonists</b>		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Tier 3	PA
<b>Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist</b>		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Tier 3	PA
<b>Pah-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb</b>		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Tier 3	PA
<b>Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)</b>		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (sotatercept-csrk)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart</b>		
<b>Abortifacients Or Cervical Ripening Agents - Prostaglandin Analogs - Drugs For The Heart</b>		
digoxin (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Tier 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Tier 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Tier 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Tier 1	PA
<b>Agentes Antihipertensivo Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Drugs For High Blood Pressure</b>		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Tier 3	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Tier 3	PA; KP
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16 MCG (112)- 32 MCG (84), 16(112)-32(112) - 48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Tier 3	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 3	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Tier 3	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 3	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol</b>		
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Tier 3	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Tier 3	
<b>Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar- Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure</b>		
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Tier 3	PA
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Tier 3	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Tier 3	PA
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Pah - Agonistas Selectivos De Receptor De Protaciclina (Ip) - Drugs For High Blood Pressure</b>		
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (selexipag)	Tier 3	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart</b>		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Tier 3	
<b>Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<b>Agonistas Central Alfa-2-Diuréticos De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>methyl dopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Tier 1	
<b>Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Tier 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Tier 3	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Tier 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol</b>		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
niacin (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Tier 1	
<b>Antagonistas De Receptor De Bradiquinina B2 - Drugs For The Heart</b>		
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Tier 3	PA; KP
icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Tier 3	PA; KP
<b>Antagonistas De Receptor Muscarínico (Anticolinérgico) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML (atropine sulfate)	Tier 3	KP
<b>Antianginal - Potassium-Channel Agonists - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 3	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Antianginal Agents Other - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Tier 3	KP
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOAANZ ORAL TABLET 40 MG, 60 MG (torsemide)	Tier 3	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina</b>		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Tier 3	PA
<b>Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol</b>		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Tier 1	
<i>cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram</i>	Tier 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Tier 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiarrítmico - Tipo Iii - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Tier 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Tier 1	
<b>Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol</b>		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Tier 3	PA
<b>Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination in 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Valsartan tablets 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<b>Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol</b>		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol</b>		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Tier 3	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS 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>	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Rosuvastatin Calcium in 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)	Tier 3	PA
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	PV	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	PV	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	PV	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS 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>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Livalo in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antihiperlipidémicos - Tipo De Ácido Graso Omega-3 - Drugs For Cholesterol</b>		
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Fenofibrate Nanocrystallized, Fenofibrate, Fenofibrate, micronized, or Triglide in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Tier 1	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acl) Inhibitor - Drugs For Cholesterol</b>		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
<b>Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol</b>		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
<b>Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol</b>		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 2	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol</b>		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
<b>Antihypertensive Therapy Agents - Drugs For Cholesterol</b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 43 mg, 90 mg</i>	Tier 3	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Tier 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<b>Beta Adrenergic Blockers - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Tiazida Diurético Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
<b>Bloqueador Beta Selectivo No-Cardíaco-Diurético De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Tier 1	
<b>Bloqueador De Canal De Calcio - Nsaid, Cox-2 Combinación De Inhibidor Selectivo - Drugs For High Blood Pressure</b>		
CONSENSI ORAL TABLET 10-200 MG, 2.5-200 MG, 5-200 MG (amlodipine besylate/celecoxib)	Tier 3	PA
<b>Bloqueador De Receptores De Angiotensina li (Arb)-Bloqueador De Canal De Calcio-Diuretico - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<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>	Tier 1	
<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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiazepinas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE, EXT. REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem HCl)	Tier 1	
diltiazem HCl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	
diltiazem HCl (Taztia Xt Oral Capsule, Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)	Tier 1	
diltiazem HCl (Tiadyt Er Oral Capsule, Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	
<b>Bloqueadores De Canal De Calcio - Dihidroporifinas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (levamlodipine maleate)	Tier 3	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Tier 3	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 3	PA
<i>levamlodipine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Amlodipine Besylate tablets in 120 days
<b>Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilquilaminas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
<b>Calcium And Bone Metabolism Regulators - Other - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Tier 1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination in 120 days
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart</b>		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Tier 3	PA
<b>Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure</b>		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Tier 3	
<b>Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Tier 3	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 3	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 3	PA
<b>Diuréticos - Ahorradores De Potasio-Tiazidas Y Combinaciones Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Tier 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Tier 1	
<b>Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Spironolactone tablets in 120 days; QL (600 ML per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Tier 3	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Tier 3	QL (60 EA per 365 days)
<b>Diuréticos - Tiazidas Y Relacionados - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (chlorothiazide)	Tier 3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
THALITONE ORAL TABLET 15 MG (chlorthalidone)	Tier 3	
<b>Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Gonadotropins - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Tier 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Tier 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<b>General Anesthetics - Drugs For Cholesterol</b>		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Tier 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 MG (120 MG-180 MG), 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosaehaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Tier 3	
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosaehaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 3	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 500-115-30-64 mg</i>	Tier 3	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 600-125-32.5-60 mg</i>	Tier 3	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Tier 3	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 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)	Tier 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>	Tier 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Tier 3	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(drlec) 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 450 mg (128 mg- 322 mg)-650 mg</i>	Tier 3	
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)	Tier 3	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Tier 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)	Tier 3	
OMEGA-3 2100 ORAL CAPSULE 1,050 MG(300 MG -675 MG-75 MG) (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Tier 3	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Tier 3	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Tier 3	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Tier 3	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 720-1,200 mg</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 3	
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 3	
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)	Tier 3	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Tier 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)	Tier 3	
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Tier 3	
<b>Glucocorticoid-Vitamin And/Or Nutrients - Drugs For High Blood Pressure</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (riociguat)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Tier 3	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Must meet the following requirement: Sotalol HCL in 120 days
<b>Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 3	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tier 3	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Tier 3	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Tier 3	PA
<b>Inhib De Antihiperlipidémicos Hmg Coa Reductasa Y Bloqueador De Canal De Calcio - Drugs For Cholesterol</b>		
<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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Inhib De Antihiperlipidémicos-Hmg Coa Reductasa E Inhibidor De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol</b>		
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, or Rosuvastatin Calcium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Tier 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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, or Rosuvastatin Calcium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Lhrh (Gnrh) Agonist Analog Pituitary Suppressants - Drugs For Abnormal Heart Rhythms</b>		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Dme - Gloves - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina</b>		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Tier 3	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<b>Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Tier 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Bisoprolol Fumarate, Carvedilol, or Metoprolol Succinate 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure</b>		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Tier 3	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Must meet the following requirement: Sotalol HCL in 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Metabolic Modifier - Carnitine Replenisher Agents - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<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>	Tier 1	
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amlodipine Besylate, Amlodipine Besylate/Benazepril, Benazepril HCL, Captopril, Enalapril Maleate, Fosinopril Sodium, Lisinopril, Moexipril HCL, Norliqva, Perindopril Erbumine, Qbrelis, Quinapril HCL, Ramipril, or Trandolapril in 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>	Tier 1	
<b>Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	
<b>Oxytotic Mixtures - Drugs For Angina</b>		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Tier 1	
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Two generic sublingual Nitroglycerin products in 365 days
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Tier 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Tier 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Tier 1	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Tier 3	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (finerenone)	Tier 3	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Spironolactone tablets in 120 days; QL (600 ML per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart</b>		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 3	PA; KP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 3	PA; KP
<b>Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart</b>		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Tier 3	PA
<b>Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Enalapril tablets in 120 days if 12 years of age and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lisinopril in 120 days if 12 years of age and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<b>Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure</b>		
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Tier 3	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Tier 3	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Agentes Únicos De Terapia De Anafilaxis - Drugs For Serious Allergic Reaction</b>		
AUVI-Q INJECTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Tier 3	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>	Tier 1	KP; QL (4 EA per 1 FILL)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Tier 2	KP; QL (4 EA per 1 FILL)
<b>Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction</b>		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 3	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure</b>		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<b>Vasodilatadores De Acción Directa - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<b>Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiseptics And Disinfectants</b>		
<b>Hematopoietic Agents - Hypoxia Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inh</b>		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (daprodustat)	Tier 3	PA
<b>Pnh - Complement Factor B Inhibitors</b>		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 3	PA
<b>Pnh - Complement Factor D Inhibitors</b>		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 3	PA
<b>Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood</b>		
<b>Agente Mimético-Factor VIII, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood</b>		
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)	Tier 3	PA; KP
<b>Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Tier 3	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Tier 3	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Tier 3	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Tier 3	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Tier 3	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Tier 3	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine))/gelatin sponge,absorbable)	Tier 3	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine))/gelatin sponge,absorbable)	Tier 3	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine))/gelatin sponge,absorbable)	Tier 3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Tier 3	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Tier 3	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Tier 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Tier 3	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Tier 3	
SURGIFLO TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Tier 3	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Tier 3	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing,hemostatic)	Tier 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)	Tier 3	
<b>Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood</b>		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA; KP
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA; KP
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA; KP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Tier 3	PA; KP
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood</b>		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 3	PA; KP
CABLIVI INJECTION RECON SOLN 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 3	PA; KP
<b>Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Tier 3	PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 3	PA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 3	PA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 3	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Tier 3	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Tier 3	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Tier 3	PA
<b>Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood</b>		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Tier 3	PA
<b>Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood</b>		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood</b>		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Tier 3	PA; KP
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Tier 3	PA; KP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Tier 3	PA; KP
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Tier 3	PA; KP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 3	PA; KP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 3	PA; KP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Tier 3	PA; KP
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Tier 3	PA; KP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Tier 3	PA; KP
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Tier 3	PA; KP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Tier 3	PA; KP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Tier 3	PA; KP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapegrastim-xnst)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Tier 3	PA; KP
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 3	PA; KP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 3	PA; KP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 3	PA; KP
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Tier 3	PA; KP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Tier 3	PA; KP
<b>Anticonvulsant Others - Drugs For The Blood</b>		
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	PA; KP
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)	Tier 3	PA; KP
<b>Antiparkinson Combination Agents - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
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)	Tier 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>	Tier 1	
<b>Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 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>	Tier 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>	Tier 1	KP
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	KP
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) subcutaneous syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	Tier 1	KP
<b>Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood</b>		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Tier 3	PA; KP
<b>Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Tier 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>	Tier 1	KP
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Tier 3	KP
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (7.6 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (60 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (43.2 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 3	KP; QL (18 ML per 30 days)
<b>Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Tier 3	KP
<b>Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood</b>		
<i>aspirin-omeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 81-40 mg</i>	Tier 3	PA
YOSPRALA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Tier 3	PA
<b>Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
EVARREST TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 2 X 4 ", 4 X 4 " (fibrinogen/thrombin (human plasma derived))	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
FLOSEAL TOPICAL KIT 2,500 UNIT (thrombin(human plasma derived)/gelatin matrix, bovine)	Tier 3	
TACHOSIL TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 4.8 X 4.8 CM, 9.5 X 4.8 CM (fibrinogen/thrombin (human plasma derived))	Tier 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)	Tier 3	
<b>Complejo De Coagulación Anti-Inhibidor - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (anti-inhibitor coagulant complex)	Tier 3	KP
<b>Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 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>	Tier 1	KP
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	KP
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<b>Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Tier 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Tier 1	
<b>Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Eliquis and Xarelto in 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)	Tier 3	PA
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Agentes De Tienopiridina - Drugs For The Blood</b>		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazol.Pirimidinas (Cptps) - Drugs For The Blood</b>		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Inhibidores De Fosfodiesterasa Iii - Drugs For The Blood</b>		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Salicilatos - Drugs For The Blood</b>		
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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas- Inhibidores De Pdesterasa Y Adenosin Deaminasa - Drugs For The Blood</b>		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<b>Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Tier 3	KP; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 3	KP; QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Tier 3	KP; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Tier 3	KP; QL (18 ML per 30 days)
<b>Inhibidores De Factor Xa Directo - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (apixaban)	Tier 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Eliquis and Xarelto in 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)	Tier 2	QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Tier 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<b>Musculoskeletal Therapy Agent - Viscosupplements - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	KP
ALTUVIIIIO 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-eh1)	Tier 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)	Tier 3	KP
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Tier 3	KP
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 3	KP
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 3	KP
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 3	KP
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024



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, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-aucI)	Tier 3	KP
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	KP
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Tier 3	KP
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	KP
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 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)	Tier 3	KP
<b>Neuromuscular Therapy Agents - Als Agents - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
ACD SOLUTION A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 800 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Tier 3	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Tier 3	
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Tier 3	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Tier 1	
<i>citric-sod citrat-sod phos-dex solution 0.327-2.63 gram/100 ml</i>	Tier 1	
REGIOCIT (EUA) SOLUTION 5.03-5.29 GRAM/L (sodium chloride/sodium citrate)	Tier 3	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 3	PA; KP
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 3	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 3	PA
<b>Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 3	PA; KP
<b>Preparaciones De Factor Ix - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX)	Tier 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)	Tier 3	KP
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 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)	Tier 3	KP
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor)	Tier 3	KP
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Tier 3	KP
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 3	KP
<b>Preparaciones De Factor Vii - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
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))	Tier 3	KP
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Tier 3	KP
<b>Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
COAGADDEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Tier 3	KP
<b>Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Tier 3	KP
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood</b>		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Tier 3	PA; KP
<b>Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood</b>		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Tier 3	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Tier 3	PA
<b>Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood</b>		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Tier 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 3	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Droxia or Hydroxyurea in 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
<b>Sickle Hemoglobin (Hbs) Polymerization Inhibitor - Drugs For The Blood</b>		
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG (voxelotor)	Tier 3	PA
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG (voxelotor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Tx De Trastorno De Célula Sanguínea Y Plaquetas-Inhibidores De Tirosina Quinasa Esplénica - Drugs For The Blood</b>		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (fostamatinib disodium)	Tier 3	PA
<b>Vitamins - B-1, Thiamine And Derivatives - Drugs For The Blood</b>		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Tier 1	
<b>Vitamins - Drugs For The Blood</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<b>Vitamins - Water Soluble - Drugs For The Blood</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Tier 1	
<b>Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales</b>		
<b>Electrolyte Depleters - Sodium-Hydrogen Exchanger 3 (Nhe3) Inhibitors</b>		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (tenapanor HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition</b>		
<b>Agents For Opioid Withdrawal, Opioid-Type - Drugs For Nutrition</b>		
B ACTIV ORAL CAPSULE 680 MCG DFE (vitamin B complex/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Tier 3	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Tier 3	
BALANCED B-50 COMPLEX (FOLIC) ORAL TABLET 50 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Tier 3	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Tier 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)	Tier 3	
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Tier 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)	Tier 3	
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Tier 3	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Tier 3	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Tier 3	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Tier 3	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol/herbs)	Tier 3	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral capsule 400 mcg-25 mg-100 mg</i>	Tier 3	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Tier 3	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Tier 3	
<b>Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition</b>		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 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>	Tier 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Tier 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>	Tier 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Tier 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>	Tier 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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>	Tier 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Tier 3	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 125 mcg (5,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Tier 3	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
D-VI-SOL ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Tier 3	
OSTEO-VIT3 ORAL DROPS 1,250 MCG/3 ML (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
<i>ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))</i>	Tier 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
<b>Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition</b>		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 3	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 3	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 3	
L-CARNOSINE ORAL CAPSULE 500 MG (carnosine)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
L-GLUTAMINE ORAL CAPSULE 750 MG (glutamine)	Tier 3	
L-GLUTAMINE ORAL TABLET 1,000 MG (glutamine)	Tier 3	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Tier 3	
<i>taurine oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 3	
<b>Analgesic Opioid Agonists - Drugs For Nutrition</b>		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (prenatal vit no.100/iron sod EDTA, ps cplex/folic acid/omega3)	Tier 3	
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/sod.feredetate-iron ps/folic acid/omega-3)	Tier 3	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate combo no.6/dha)	Tier 3	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl, gluc/folic acid/docusate)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vit no.76/iron carbony,gluc/folic acid/docusate/dha)	Tier 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)	Tier 3	
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Tier 3	
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Tier 3	
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DUET DHA WITH OMEGA-3 ORAL COMBO PACK 25 MG IRON-1 MG -400 MG (prenatal vits 106/sod feredetate-iron ps/folic acid/omega-3s)	Tier 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Tier 3	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Tier 1	
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Tier 1	
NATACHEW (FE BIS-GLYCINATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 28 MG IRON -1 MG (prenatal vitamin no.55/iron fumarate,bisglycinate/folic acid)	Tier 3	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Tier 3	
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamin comb no.86/iron ps cmplx/folic acid/dha/epa)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Tier 3	
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamin no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Tier 3	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Tier 3	
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Tier 3	
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal no56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Tier 3	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Tier 3	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 3	
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)	Tier 3	
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vit with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Tier 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)	Tier 3	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
PRENA1 CHEW ORAL TABLET,CHEW,IR - DR,BIPHASE 1.4 MG (prenatal vitamins combination no.42/folic acid)	Tier 3	
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 30-1.4-200 MG (prenatal vit no.71/iron fum-sodium ferredetate/folic acid/dha)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENA1 TRUE ORAL COMBO PACK 30 MG IRON- 1.4 MG-300 MG (prenatal vits no.105/iron amino acid chelate/folic acid/dha)	Tier 3	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Tier 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
PRENATA ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 3	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Tier 1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON- 272 MCG DFE (prenatal vit no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Tier 3	
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)	Tier 3	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 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)	Tier 3	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 3	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins no.159/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
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)	Tier 3	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous aspart glycinate/folate no.1)	Tier 3	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate comb. no.6)	Tier 3	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Tier 3	
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron carb-asp.glycinate/folate no.1/dha)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Tier 3	
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Tier 3	
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycinate/folic acid)	Tier 3	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycinate/folate no.6/dha)	Tier 3	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/iron fumarate,polysac complex/folic acid)	Tier 3	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Tier 3	
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vit no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Tier 3	
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Tier 3	
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin no.13/iron polysaccharides/folate comb no.1)	Tier 3	
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
SE-NATAL-19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 3	
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate comb no.9/dha)	Tier 3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 23 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 3	
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Tier 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)	Tier 3	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vit no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Tier 3	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vit no.67/iron polysaccharides/folate comb.no.1/dha)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Tier 3	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Tier 3	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vits no.25/ferrous fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 3	
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)	Tier 1	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Tier 3	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Tier 3	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate comb no.9/dha)	Tier 3	
<b>Analgesic Opioid Codeine Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
RENACARB ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 260-470 MG (magnesium carbonate/sodium bicarbonate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Tier 3	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Tier 3	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Tier 3	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Tier 3	
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Tier 3	
<b>Analgesic Opioid Hydrocodone Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE) ORAL CAPSULE 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/ascorbate cal/vit K2/minerals)	Tier 3	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Tier 3	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Tier 3	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium 26-vit d3-magnesium 15 oral capsule 167 mg calcium- 1.67 mcg-83 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg - 20 mg/15 ml</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet,chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium-magnesium-vit d3-boron oral capsule 400 mg-133 mg- 6.67 mcg-1 mg</i>	Tier 3	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet,chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Tier 3	
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)	Tier 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)	Tier 3	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 3	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Tier 3	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Tier 3	
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Tier 3	
<b>Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Tier 3	
MAGMIND ORAL CAPSULE 48 MG MAGNESIUM (667 MG) (magnesium L-threonate)	Tier 3	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Tier 3	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg</i>	Tier 3	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Tier 3	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb,citrate,oxide)	Tier 3	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Tier 3	
<i>magnesium oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Tier 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Tier 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Tier 3	
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Tier 3	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Tier 3	
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Tier 3	
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET,CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Tier 3	
<b>Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Tier 3	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Tier 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Tier 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Tier 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Tier 3	
<b>Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Tier 3	
GUMMY DINOS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Tier 3	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Tier 3	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Tier 3	
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10-MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Tier 3	
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Tier 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>	Tier 3	
<b>Analgésico Or Antipirético No-Opioid/Sedativo Combinaciones - Drogas Para Nutrición</b>		
DAVIMET WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.247/sodium fluoride)	Tier 3	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Tier 3	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.228 with sodium fluoride)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Tier 3	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Tier 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)	Tier 3	
<b>Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition</b>		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Tier 3	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Tier 3	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray,non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 2,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet, chewable 1,500 mcg, 500 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 3,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Tier 3	
<i>cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)</i>	Tier 1	KP
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Tier 1	KP
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral lozenge 1,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Tier 3	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Tier 3	
VITAMIN B-12 ORAL TABLET 1,000 MCG (cyanocobalamin (vitamin B-12))	Tier 3	
<b>Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition</b>		
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Tier 3	
<i>methylnetetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Tier 3	
<b>Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition</b>		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Tier 3	PA
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Tier 3	
FERRETTIS IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Tier 3	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Tier 3	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron)</i>	Tier 3	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Tier 3	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Tier 3	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Tier 3	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Tier 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Tier 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Tier 3	
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Tier 3	
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 3	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron, 29 mg iron</i>	Tier 3	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron,carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Tier 3	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Tier 3	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Tier 3	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 3	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Tier 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Tier 3	
<b>Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition</b>		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Tier 3	
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1 MG-12 MCG (iron asp gly/ascorbic acid/folate no.1/vit B12/zinc/succinic)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Tier 3	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Tier 3	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Tier 3	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Tier 3	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vitB comp with C no.9)	Tier 3	
IRON FOLATE-F ORAL CAPSULE 125-1-40-3 MG (iron fumarate,polysac comp/folic acid/vitamin C/niacinamide)	Tier 3	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Tier 3	
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb,glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Tier 3	
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Tier 3	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Tier 3	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph,plant/inulin)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITRON-C ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron, carbonyl/ascorbic acid)	Tier 3	
<b>Anticonvulsants - Drugs For Nutrition</b>		
DANDLELION KISSES ORAL DROPS 24 % (sucrose)	Tier 3	
<i>saccharin powder</i>	Tier 3	
<b>Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition</b>		
<i>vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)</i>	Tier 3	
<i>vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	Tier 3	
<i>vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml</i>	Tier 3	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Tier 3	
<b>Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition</b>		
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)</i>	Tier 3	
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Tier 3	
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 3	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
<b>Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition</b>		
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 3	
<b>Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition</b>		
<i>calcium pantothenate oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pantethine oral capsule 450 mg</i>	Tier 3	
<b>Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition</b>		
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral liquid 100 mg/2.5 ml</i>	Tier 3	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Tier 3	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 3	
<b>Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition</b>		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Tier 3	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 3	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Tier 3	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 3	
<b>Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition</b>		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Tier 3	KP
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Tier 3	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 94 mg</i>	Tier 3	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Tier 3	
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Tier 3	
VITAJEY DAILY C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Tier 3	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Tier 3	
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Tier 3	
<b>Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition</b>		
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 3	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate combo no.6)	Tier 3	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET, CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Tier 3	
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 3	
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET, CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.178/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	Tier 3	
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 3	
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition</b>		
<i>acetylcarnitine oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Tier 3	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Tier 3	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Tier 3	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<b>Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition</b>		
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Tier 3	
SAMBUCUS ELDERBERRY VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Tier 3	
VITAMIN C FIZZY DRINK ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Tier 3	
VITAMIN C POWDER BLEND ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Tier 3	
<b>Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition</b>		
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Tier 1	KP
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Tier 1	KP
<b>Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition</b>		
<i>biotin oral capsule 10,000 mcg, 5 mg</i>	Tier 3	
<i>biotin oral tablet 1 mg, 10 mg</i>	Tier 3	
<i>biotin oral tablet, chewable 2,500 mcg</i>	Tier 3	
<i>biotin oral tablet, chewable 5,000 mcg</i>	Tier 3	
<i>biotin oral tablet, disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg</i>	Tier 3	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET, CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Tier 3	
VITAJEY BIOTIN ORAL TABLET, CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Tier 3	
<b>Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition</b>		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Tier 3	
<i>beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)</i>	Tier 3	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 3	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 3	
<b>Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition</b>		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition</b>		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ascorbate calcium-bioflavonoid oral tablet 500-250 mg</i>	Tier 3	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Tier 3	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Tier 3	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (inositol/choline bitart/bioflavonoid,lemon/vit B complex C)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Vitamina D Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition</b>		
CHOLECAL DF ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Tier 3	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX PUREFOLTIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Diluents - Others - Drugs For Nutrition</b>		
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION (diluent for mitomycin (hydroxypropyl,poloxam,polyethyl))	Tier 3	
<b>Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition</b>		
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 1	KP
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 1	KP
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Tier 1	KP
<b>Diluyentes - Diluyentes De Vacunas - Drugs For Nutrition</b>		
DILUENT FOR ROTARIX ORAL SYRINGE (diluent for oral live rotavirus vaccine (calcium carbonate))	Tier 3	
<b>Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition</b>		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Tier 3	KP
<b>Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition</b>		
<i>IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)</i>	Tier 3	
<i>PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))</i>	Tier 3	
<i>zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg</i>	Tier 3	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	Tier 3	
<i>zinc glycinate oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Tier 3	
<i>zinc glycinate oral tablet,chewable 7.5 mg</i>	Tier 3	
<i>zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)</i>	Tier 3	
<i>zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition</b>		
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Tier 3	
<i>vit c-zinc cit,gluc-echin purp oral lozenge 100-23-20 mg</i>	Tier 3	
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Tier 3	
<b>General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition</b>		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Tier 3	
<b>Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition</b>		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Tier 3	
<b>Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition</b>		
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	KP
CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	KP
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	KP
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 1	KP
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Tier 1	KP
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition</b>		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Tier 3	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Tier 3	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Tier 3	
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Tier 3	
LIQUACEL ORAL LIQUID 16-100 GRAM-KCAL/30 ML (amino acids/protein hydrolysate)	Tier 3	
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Tier 3	
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Tier 3	
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Tier 3	
<i>whey protein, conc-isolate oral powder 30 gram- 170 kcall/scoop, 30 gram- 180 kcall/scoop</i>	Tier 3	
<b>Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition</b>		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Tier 3	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Migraine Therapy - Analgesic-Vasoconstrictors - Drugs For Nutrition</b>		
ELLIOTTS B (PF) INTRATHECAL SOLUTION 73-19-8-3 MG/10 ML (chemo therapy diluent,e-lytes and dextrose, buffered no.1/PF)	Tier 3	KP
<b>Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition</b>		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Tier 3	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Tier 3	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Tier 3	
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Tier 3	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Tier 3	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Tier 3	
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Tier 3	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 3	
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 3	
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Tier 3	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 3	
<b>Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition</b>		
<i>sodium chloride oral solution 234 mg/ml (4 meq/ml)</i>	Tier 3	
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Tier 3	
<b>Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition</b>		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet, chewable 66.6-25 mg</i>	Tier 3	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Tier 3	
<b>Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition</b>		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Tier 3	
<b>Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Sustitutos De Calcio/Vitamina D - Drugs For Nutrition</b>		
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3 ORAL TABLET, CHEWABLE 260 MG CALCIUM- 25 MCG-50 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/herbal complex no.293)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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>	Tier 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Tier 3	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Tier 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>	Tier 3	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet, chewable 500 mg-12.5 mcg (500 unit)</i>	Tier 3	
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet, chewable 250 mg-10 mcg (400 unit), 250 mg-12.5 mcg (500 unit)</i>	Tier 3	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET, CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
UPCAL D ORAL POWDER IN PACKET 500 MG-12.5 MCG /5 GRAM (calcium citrate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET, CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 3	
<b>Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition</b>		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition</b>		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Tier 3	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 20 Meq)	Tier 1	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Tier 3	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium citrate oral capsule 99 mg</i>	Tier 3	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Tier 3	
<b>Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition</b>		
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Tier 3	
<i>selenium oral tablet 50 mcg</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Multivitamínicos - Drugs For Nutrition</b>		
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)	Tier 3	
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Tier 3	
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 3	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Tier 3	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Tier 3	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinat/folate no.8/phosph-dha)	Tier 3	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 3	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Tier 3	
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron carbonyl,b-g che/methyltetrahydrofolate/dha)	Tier 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 3	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Tier 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Tier 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 3	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 3	
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 3	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Tier 3	
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Tier 3	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 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)	Tier 3	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 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)	Tier 1	
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 3	
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 3	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 3	
<b>Nsaid Analgesics And Nsaid Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT ORAL POWDER IN PACKET 280-160-250 MG (sodium phosphate/potassium phosphates, monobasic and dibasic)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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>	Tier 3	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Tier 3	
<b>Opioid Reversal Agents - Opioid Antagonists - Drugs For Nutrition</b>		
ELDERTONIC ORAL LIQUID 3.6 MG-0.75 MG /15 ML (vitamin B complex/zinc sulfate/manganese sulfate)	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Isovalérica - Drugs For Nutrition</b>		
I-VALEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for isovaleric acidemia with iron)	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition</b>		
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica De Fenilcetonuria (Pku) - Drugs For Nutrition</b>		
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 ORAL POWDER 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for PKU no.64)	Tier 3	
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Tier 3	
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Tier 3	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition</b>		
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Tier 3	
VILACTIN AA PLUS 15 PE ORAL POWDER IN PACKET 37.6 GRAM-375 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition</b>		
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Tier 3	
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition</b>		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 3	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Tirosinemia - Drugs For Nutrition</b>		
TYREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for tyrosinemia with iron)	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition</b>		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Tier 3	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Tier 3	
<b>Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition</b>		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 3	
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Tier 3	
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 3	
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Tier 3	
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Tier 3	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Tier 3	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Tier 3	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Tier 3	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Tier 3	
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER IN PACKET 26 GRAM-210 KCAL, 26 GRAM-230 KCAL (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 3	
PEPTAMEN JUNIOR PHGG ORAL LIQUID 0.036 GRAM-1.2 KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 3	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Tier 3	
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Tier 3	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Tier 3	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Tier 3	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Tier 3	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Tier 3	
<b>Reductores De Electrolitos - Resina De Intercambio De Iones - Drugs For Nutrition</b>		
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Tier 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Tier 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Tier 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Tier 3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Tier 3	PA
<b>Salicylate Analgesics - Drugs For Nutrition</b>		
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 400 MCG-50 MCG (multivit-calc-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/lutein)	Tier 3	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Tier 3	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Tier 3	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Tier 3	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Tier 3	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Tier 3	
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,zinc,copper 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Tier 3	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Tier 3	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivitamin/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Tier 3	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Tier 3	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Tier 3	
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Tier 3	
ALIVE MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE-40 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.335)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Tier 3	
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 3	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 3	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Tier 3	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Tier 3	
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 3	
ALIVE PREMIUM MEN'S ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 3	
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin,minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Tier 3	
ALIVE PREMIUM WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-166.7 MCG-66.7 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Tier 3	
ALIVE PREMIUM WOMEN'S ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS (BLEND) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 3	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Tier 3	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Tier 3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Tier 3	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Tier 3	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 3	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 3	
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 3	
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Tier 3	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Tier 3	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Tier 3	
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Tier 3	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin with min no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Tier 3	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 3	
ESTROVEN MENOPAUSE ORAL TABLET 400 MCG-40 MG- 40 MG-100 MG (multivitamin, min/folic acid/black cohosh/isoflavones/jujube)	Tier 3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Tier 3	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 3	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 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)	Tier 3	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Tier 3	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Tier 3	
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Tier 3	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Tier 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)	Tier 3	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Tier 3	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 3	
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin with min no.103/levomefolate calcium/inulin)	Tier 3	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 3	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 3	
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
MEN'S ONE DAILY ORAL TABLET 400-20-300 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 3	
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Tier 3	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Tier 3	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Tier 3	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet,chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Tier 3	
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Tier 3	
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 3	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Tier 3	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 12 mg iron/15 ml</i>	Tier 3	
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)	Tier 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)	Tier 3	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Tier 3	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Tier 3	
NUMAQUA VITAMIN ORAL TABLET 333 MCG-3 MG-0.67 MG (multivitamin with minerals/folic acid/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 3	
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Tier 3	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Tier 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Tier 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)	Tier 3	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Tier 3	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Tier 3	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 3	
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Tier 3	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Tier 3	
PHLEXY-VITS ORAL POWDER IN PACKET 15 MG- 700 MCG (multivitamin with minerals/ferrous sulfate/folic acid)	Tier 3	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Tier 3	
PRENATAL GUMMIES (DHA-EPA) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5MG- 25 MG-7.5 MG (mv-min no.104/folic acid/om-3/dha/epa/other om-3s/fish oil)	Tier 3	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 3	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Tier 3	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 3	
SPECTRAVITE MEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Tier 3	
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Tier 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)	Tier 3	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Tier 3	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Tier 3	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Tier 3	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Tier 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)	Tier 3	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Tier 3	
VITAJEY ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 3	
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 3	
VITRUM 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 3	
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Tier 3	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Tier 3	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Tier 3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 3	
WOMEN'S ONE DAILY ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-500 MG (multivitamin-minerals/iron fum/folic acid/calcium carb/vit K)	Tier 3	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Tier 3	
<b>Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition</b>		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<b>Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition</b>		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Tier 3	
MK-7 ORAL CAPSULE 180 MCG, 90 MCG (vitamin K2)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	KP
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Tier 1	KP
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Tier 1	KP
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Tier 3	
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Tier 3	
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Tier 3	
<b>Soluciones De Cloruro De Sodio, Concentrado - Drugs For Nutrition</b>		
<i>sodium chloride oral solution 234 mg/ml (4 meq/ml)</i>	Tier 3	
<b>Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition</b>		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Tier 3	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Tier 3	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Tier 3	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride tablet,soluble 1,000 mg</i>	Tier 3	
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75- 6.25 MG/100 ML (sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb)	Tier 3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition</b>		
FAMIL-E ORAL CAPSULE 41-250-38 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Tier 3	
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Tier 3	
<b>Vitaminas - Combinaciones De Ácido Fólico - Drugs For Nutrition</b>		
FOLCYTEINE ORAL TABLET 1 MG-47 MG- 20 MCG-16 MG (folic acid/calcium citrate/vitamin D3/mag citrate/a-cysteine)	Tier 3	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 3	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 3	
<b>Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition</b>		
CELEBRATE B-12 QUICK-MELT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1,000-200 MCG (cyanocobalamin/mecobalamin/folic acid)	Tier 3	
DENOVO PLUS B12 ORAL CAPSULE 25,000 MCG DFE-2,000 MCG (methyltetrahydrofolate calcium/mecobalamin)	Tier 3	
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Tier 3	
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet,disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Tier 3	
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet,disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition</b>		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 3	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 3	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 3	
K-RIGHT ORAL CAPSULE 50-500-1,500 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K1/MK4/MK7)	Tier 3	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Tier 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>	Tier 3	
<b>Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition</b>		
B COMPLEX-VITAMIN C ORAL TABLET,CHEWABLE 20 MG-5 MG- 2 MG-75 MCG (niacin/calcium pantothen/B6/biotin/folic ac/B12/inosit/vit C)	Tier 3	
<i>b12-methyltetrahydrofolate-b6 oral tablet,chewable 1,000mcg-680mcg dfe-1.5 mg, 5,000 mcg-1,360 mcg dfe-2.5 mg</i>	Tier 3	
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Tier 3	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Tier 3	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUFOLA ORAL CAPSULE 25 MG-3,500 MCG DFE-1 MG-300 MG (pyridoxal phosphate/levomefolate calcium/mecobalamin/ALA)	Tier 3	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 3	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 3	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Tier 3	
<b>Vitaminas Complejo B - Drugs For Nutrition</b>		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Tier 1	KP
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Tier 1	KP
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Tier 3	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Tier 3	
<i>vitamin b complex oral tablet, disintegrating</i>	Tier 3	
<b>Vitaminas Pediátricas Y Combinaciones De Minerales - Drugs For Nutrition</b>		
ALIVE KIDS CHEWABLE ORAL TABLET, CHEWABLE 75-15 MG (pediatric multivit no.235/herbal no.293/bioflavonoids, cit)	Tier 3	
ALIVE PREMIUM KIDS ORAL TABLET, CHEWABLE 66.5 MG (pediatric multivitamin no.204/herbal complex no.293)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MCG (pediatric multivitamin no.233/lutein)	Tier 3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Tier 3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Tier 3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 3	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Tier 3	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfate)	Tier 3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfate)	Tier 3	
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON (pediatric multivitamin no.226/ferrous sulfate)	Tier 3	
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Tier 3	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Tier 3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Tier 3	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Tier 3	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.238)	Tier 3	
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Tier 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)	Tier 3	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Tier 3	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Tier 3	
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Tier 3	
<b>Biológicos</b>		
<b>Vaccine Viral - Respiratory Syncytial Virus (Rsv)</b>		
ABRYVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF A and B/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND NO HISTORY OF AREXVY
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 60 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Biológicos - Biological Agents</b>		
<b>Anticuerpos Antivirales Monoclonales - Virus Respiratorio Sinsitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections</b>		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (nirsevimab-alip)	Tier 3	KP
<b>Antineoplastic - Retinoids - Vaccines</b>		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 3	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 3	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 3	
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated, 89-12 strain, G1P(8))	Tier 3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 3	
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Tier 3	
<b>Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents</b>		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Tier 3	KP
<b>Bacteriano De Vacunas - Bacilos Gramnegativos (Non-Entéricos) - Vaccines</b>		
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Tier 3	
<b>Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines</b>		
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 3	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines</b>		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Bacteriano De Vacunas - Cocos Gramnegativos - Vaccines</b>		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y and W-135,conj tetanus toxoid/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS \$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS \$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS \$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 18-25 YEARS
<b>Combinaciones De Vacunas De Hepatitis A Y Hepatitis B - Vaccines</b>		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (hepatitis A virus and hepatitis B virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents</b>		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronysinus,standard)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents</b>		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Tier 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 INDX REACTIVITY, 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Tier 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 IR (3) /300 IR (6) (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Tier 3	PA
<b>Glucocorticoids - Biological Agents</b>		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Tier 2	PA
<b>Gout And Hyperuricemia - Purine Inhibitor-Antimitotic Combinations - Vaccines</b>		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 3	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 3	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 3	
<b>Hepatitis Agents - Vaccines</b>		
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Herpes Antiviral Agent - Thymidine Analogs - Vaccines</b>		
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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adult)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents</b>		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Tier 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)	Tier 3	PA; KP
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 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)	Tier 3	PA; KP
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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	PA; KP
HYQVIA IG COMPONENT 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,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA; KP
<b>Medical Supplies And Dme - Heating And Cooling Aids - Vaccines</b>		
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (varicella-zoster virus glycoprotein E,rec/AS01B adjuvant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 50 YEARS OF AGE OR OLDER
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Medical Supplies And Dme - Heating Pads - Vaccines</b>		
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Medical Supplies And Dme - Hot Packs - Vaccines</b>		
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines</b>		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1) - Vaccines</b>		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Tier 3	
<b>Peanut Desensitization Agents - Biological Agents</b>		
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA INITIAL DOSE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 3	PA
<b>Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines</b>		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 10 TO 25 YEARS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 10 TO 25 YEARS
<b>Químicos, Irritante/Alergénico - Biological Agents</b>		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED (chemical allergens)	Tier 3	
<b>Thymus Tissue Replacement - Biological Agents</b>		
RETHYMIC IMPLANT IMPLANT (thymus tissue-agdc)	Tier 3	KP
<b>Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines</b>		
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 30 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (12 yr and up) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (12 yr and up) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2023-24 (6 mo-11 yrs) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.25 AND AGE 6 MONTHS TO 11 YEARS
NOVAVAX COVID 2023-24(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 XBB.1.5, recomb/adjuvant-Matrix/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-2024 (5-11 years) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND AGE 5-11 YEARS
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (6 mos-4 yrs) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND AGE 6 MONTHS TO 4 YEARS
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 (12 yrs and up) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 (12 yrs and up) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines</b>		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines</b>		
AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (36 mos up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUAD QUAD 2023-24(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza vaccine quadrivalent 2023-24 (65 yr up)/MF59C.1/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-2024(6 mos and up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine qv 2023-24(18 yrs and older)rcmb/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (flu vaccine quad 2023-2024(6 month and older)cell derived/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (flu vaccine quadrivalent 2023-2024(6 month and older)cell derived)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-2024(6 mos and up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUZONE HIGHDOSE QUAD 23-24 PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 240 MCG/0.7 ML (influenza virus vaccine quadrival split 2023-24(65 yr up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.7, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrival 2023-2024(6 mos and up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUZONE QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
<b>Vacuna Viral - Paperas Y Relacionados - Vaccines</b>		
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Vacuna Viral - Vacunas Para El Papiloma Humano(Hpv) - Vaccines</b>		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 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: 07/01/2024



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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 YEARS
<b>Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines</b>		
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant, isoform S,M,L/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
<b>Boca Y Garganta - Agentes De Mucositis-Estomatitis - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
GELCLAIR MUCOUS MEMBRANE GEL IN PACKET (potassium sorbate/hydroxyethylcellulose/povidone/hyaluronic)	Tier 3	
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil)	Tier 3	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Tier 3	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Tier 3	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Tier 3	
<b>Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Tier 1	
<b>Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Tier 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
ACT DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (xylitol/isomalt/glycerin)	Tier 3	
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Tier 3	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Tier 3	
<b>Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Tier 1	
<b>Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Tier 3	
<b>Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil)	Tier 3	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Tier 3	
ORAFATE MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Tier 3	
<b>Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Tier 3	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Tier 3	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Tier 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Tier 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Tier 3	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Tier 3	
<b>Medical Supplies And Dme - Glucose Monitoring Test Supplies - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
KOVANAZE NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 6-0.1 MG/0.2 ML (tetracaine HCl/oxymetazoline HCl)	Tier 3	
ORAQIX DENTAL CARTRIDGE 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 3	
<b>Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Tier 1	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Tier 1	
<b>Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 3	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	PV	\$0 COPAY IF AGE 6 MONTHS TO 6 YEARS
<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>	PV	\$0 COPAY IF AGE 6 MONTHS TO 6 YEARS
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 3	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 3	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Tier 3	
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 3	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 3	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Tier 1	
<b>Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat</b>		
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<b>Clase Fdb Obsoleta-No Usada</b>		
<b>Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos</b>		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 3	
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 3	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 3	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 3	
<b>Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction</b>		
<b>Agentes Para Abstinencia De Opioides, Tipo Agonista Central Alfa-2 Adrenérgico - Drugs For Opioid Addiction</b>		
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction</b>		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, 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 DAYS IN 365, 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 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<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 DAYS IN 365, 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 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	PV	\$0 COPAY IF 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, 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 DAYS IN 365, 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 DAYS IN 365, 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 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Disuasivos De Tabaquismo - Inhibidor De Recaptación De Ne Y Dopamina (Ndri)-Tipo - Drugs For Smoking Addiction</b>		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Inflamatory Bowel Agent - Tumor Necrosis Factor Alpha Blockers - Drugs For Opioid Addiction</b>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	
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)	Tier 2	
<b>Inflamatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction</b>		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction</b>		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction</b>		
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<b>Terapia Para Abstinencia De Alcohol - De Tipo Glutamato Y Sistema Gaba - Drugs For Alcohol Addiction</b>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals</b>		
<b>Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals</b>		
<i>bromelains oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
HYQVIA HY COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 UNIT/10 ML, 2,400 UNIT/15 ML, 200 UNIT/1.25 ML, 400 UNIT/2.5 ML, 800 UNIT/5 ML (hyaluronidase, human recombinant)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants</b>		
<b>Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants</b>		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Tacrolimus in 120 days
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Tacrolimus in 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Tier 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Tier 3	PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Tier 2	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)	Tier 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants</b>		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Immunosuppressive - Interleukin-6 (II-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants</b>		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Tier 3	PA; KP
<b>Inmunosupresores - Inhibidores De Diana De Rapamicina En Células De Mamífero (Mtor) - Drugs For Organ Transplants</b>		
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<b>Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants</b>		
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec) 180 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System</b>		
<b>Adyuvante De Antiparkinson - Antagonista De Receptor De Adenosina - Drugs For Parkinson</b>		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (istradefylline)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Tier 3	PA
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Duloxetine two 20mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
ACTIVE-PAC KIT,GEL AND CAPSULE 300-4-1 MG-%-% (gabapentin/lidocaine HCl/menthol)	Tier 3	
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 3	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 300 MG (9)- 600 MG (24) (gabapentin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (33 EA per 15 days)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 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: 07/01/2024

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>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Tier 3	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 3	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>	Tier 1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes De Terapia Bipolar - Tipo Anticonvulsivo - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
carbamazepine (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Tier 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>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) - 100 mg (14)</i>	Tier 1	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (35))	Tier 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (84) - 100 Mg (14))	Tier 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (42) - 100 Mg (7))	Tier 3	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes De Terapia De Narcolepsia - Antagonista De Receptor De H3/Agonista Inverso - Drugs For Sleep Disorder</b>		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (pitolisant HCl)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder</b>		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<b>Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder</b>		
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<b>Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimética, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder</b>		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<b>Agentes De Terapia De Narcolepsia Y Cataplejia - Tipo Sedantes - Drugs For Sleep Disorder</b>		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (sodium oxybate)	Tier 3	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Tier 3	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 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: 07/01/2024

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>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Agentes Para Tratar Dolores De Cabeza De Cúmulo Recurrentes - Drugs For Migraine Headaches</b>		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA; KP
<b>Agonistas De Cannabis Y Receptores De Canabinoides - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 3	QL (60 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (680 ML 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (60 EA per 30 days)
<b>Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>felbamate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>felbamate oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<b>Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Tier 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Tier 3	PA
<b>Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<b>Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	Tier 1	KP
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Tier 3	PA
VIMPAT ORAL TABLETS,DOSE PACK 50 MG (14)- 100 MG (14) (lacosamide)	Tier 2	
<b>Anticonvulsivo - Derivados De Feniltriazina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Tier 3	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Tier 3	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 200 mg, 250 mg, 300 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Tier 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Tier 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Tier 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Tier 3	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Tier 1	
carbamazepine (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Tier 3	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Spritam, Topiramate, Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Spritam, Topiramate, Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (4 EA per 1 day)
<b>Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Tier 3	PA
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 25 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Topiramate tablets or sprinkles in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Topiramate tablets or sprinkles in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Tier 3	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (80 ML per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (16 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (8 EA per 1 day)
<b>Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (phenytoin sodium extended)	Tier 3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Tier 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Tier 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Tier 1	PA
<b>Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Tier 3	
<b>Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 3	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 3	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression</b>		
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Bupropion HCL, Citalopram Hydrobromide, Escitalopram Oxalate, Fluoxetine HCL, Mirtazapine, Paroxetine HCL, Sertraline HCL, or Venlafaxine HCL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression</b>		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Tier 3	PA
<b>Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression</b>		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression</b>		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepresivo - Inhibidores De Recaptación De Antagonistas De Serotonina-2 (Saris) - Drugs For Depression</b>		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression</b>		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antidepresivo - Tricíclico Y Antipsicótico, Comb De Fenotiazinas - Drugs For Depression</b>		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepresivo- Ssri Y Atípico Y Antipsico., Dopamina, Antagonistas De Serotonina - Drugs For Depression</b>		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Antidepresivo-Inhibidores De Norepinafrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression</b>		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Bupropion HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Bupropion HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<b>Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression</b>		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Tier 3	PA
<b>Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder</b>		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	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: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<b>Antiemetics - Drugs For Insomnia</b>		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Edluar or Zolpidem Tartrate in 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 3	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<b>Antiparkinson - Comb De Inhib De Dopaminérgico-Comt Perif-Dopa- Descarboxilasa - Drugs For Parkinson</b>		
<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>	Tier 1	
<b>Antiprotozoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 3	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Tier 3	PA
<b>Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectia Atípica 5-Ht2a (Ssia) - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 3	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 3	PA
<b>Antipsicóticos - Antag Atíp De Dopamina-Serotonina Pirroles De Dibenzo-Oxepino - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (asenapine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Aripiprazole, Asenapine Maleate, Clozapine, Olanzapine, Paliperidone, Quetiapine Fumarate, Risperidone, or Ziprasidone HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antipsicóticos - Antag De Dopamina Atípica-Serotonina-Tienobenzodiacepinas - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorpham malate)	Tier 3	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Aripiprazole, Asenapine Maleate, Clozapine, Olanzapine, Paliperidone, Quetiapine Fumarate, Risperidone, or Ziprasidone HCL in 365 days; QL (18 ML per 1 day)
<b>Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<b>Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 3	PA
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
REXULTI ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (7)- 1 MG (7), 1 MG (4)- 2 MG (3) (brexpiprazole)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
<b>Antipsicóticos - Der De Dopamina Atípica- Antag De Serotonina-Dibenzotiazipina - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 3	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>	Tier 1	
SEROQUEL XR ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 50 MG(3)-200 MG (1)-300 MG(11) (quetiapine fumarate)	Tier 3	
<b>Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Tier 3	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Antipsicóticos - Tioxantinas - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag-Butyrophenone Deriv - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (lumateperone tosylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Vraylar in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson</b>		
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Entacapone in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<b>Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson</b>		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antipsychotics, Atypical, Dopamine, Serotonin Antag And Opioid Antag Comb - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Tier 3	PA
<b>Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia</b>		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Tier 3	PA
<b>Benzodiazepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Tier 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/MI)	Tier 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Tier 3	QL (10 EA per 30 days)
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/MI)	Tier 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Tier 3	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Lorazepam tablets in 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Tier 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Tier 3	QL (10 EA per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Flurazepam HCL, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Tier 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	
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)	Tier 3	QL (10 EA per 30 days)
<b>Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson</b>		
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Carbidopa/levodopa, Duopa, or Rytary 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZELAPAR ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Selegiline capsules or tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Tier 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Tier 3	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Tier 3	QL (10 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Contrast Media - Barium - Drugs For Depression</b>		
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Tier 3	PA
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Duloxetine two 20mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 3	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26), 20 MG (2)- 40 MG (5) (levomilnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Venlafaxine ER capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso</b>
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<b>Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Contrast Media - Magnetic Resonance Iron Compounds - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Tier 1	
<b>Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<b>Contrast Media - Ultrasound Agents And Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (iloperidone)	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Tier 3	QL (8 EA per 28 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<b>Déficit De Atención-Hiperact. Trastorno (Tdah) - Alfa 2 Agonistas De Receptores - Drugs For Attention Deficit Disorder</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety</b>		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety</b>		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatological - Soap And/Or Cleanser Combinations - Drugs For Anxiety</b>		
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Diagnostic - Contrast Media - Drugs For Depression</b>		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR (selegiline)	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Tier 3	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<b>Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder</b>		
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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine/amphetamine XR in 120 days; QL (450 ML per 30 days)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (methylphenidate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<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>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (240 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANA VEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE, DEL REL, EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 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>	Tier 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>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (150 EA per 30 days)
<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>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: One of the following generics: Concerta, Metadate CD, Ritalin LA, Methylin ER, or Ritalin-SR in 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>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 45 mg, 63 mg</i>	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Methylphenidate HCL or Quillivant XR 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 3	120mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (240 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 3	150mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (300 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 3	180mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	60mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (60 ML per 30 days)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Tier 2	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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<b>Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder</b>		
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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine/amphetamine XR in 120 days; QL (450 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML (brivaracetam)	Tier 2	KP
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Tier 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Levetiracetam in 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Levetiracetam in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Tier 3	PA
<b>Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System</b>		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	
<b>Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia</b>		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Flurazepam HCL, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	
<b>Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia</b>		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<b>Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety</b>		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Tier 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Tier 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Tier 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Tier 3	
LOREEV XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Lorazepam tablets in 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<b>Gi Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression</b>		
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Tier 3	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Tier 1	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression</b>		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Bupropion HCL, Citalopram Hydrobromide, Escitalopram Oxalate, Fluoxetine HCL, Mirtazapine, Paroxetine HCL, Sertraline HCL, or Venlafaxine HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia</b>		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Tier 3	PA
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia</b>		
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 250-1.5 MG (calcium phosphate, tribasic/melatonin)	Tier 3	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Tier 3	
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Tier 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)	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxal phos (b6) oral tablet,disintegrating 2.5 mg- 338 mcg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-theanine oral tablet,disintegrating 3-50 mg</i>	Tier 3	
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Tier 3	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Tier 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)	Tier 3	
SLEEP OPTIMIZER ORAL CAPSULE 0.15-50-150-200 MG (melatonin/GABA/tryptophan/valerian root/hops/lemon balm)	Tier 3	
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Tier 3	
SLEEP3 ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 10-200-50 MG (melatonin/theanine/valerian rt/lemon balm/chamomile/lavender)	Tier 3	
SLOWMAG MG CALM-SLEEP ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1-71.5 MG (melatonin/magnesium citrate)	Tier 3	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate,glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Tier 3	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate,oxide/herbs)	Tier 3	
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Tier 3	
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia</b>		
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Tier 3	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Tier 3	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet,chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet,chewable 5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin sublingual tablet 10 mg</i>	Tier 3	
MELATONINMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Tier 3	
<b>Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
ACTIVE-PAC KIT,GEL AND CAPSULE 300-4-1 MG-%-% (gabapentin/lidocaine HCl/menthol)	Tier 3	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Dme - Blood Administration Sets - Drugs For Parkinson</b>		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Tier 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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Carbidopa/levodopa in 120 days; QL (10 EA per 1 day)
<b>Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson</b>		
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG (levodopa)	Tier 3	PA
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Tier 3	PA
<b>Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Tier 3	PA; KP
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Tier 3	PA
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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY (129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Tier 3	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 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>	Tier 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson</b>		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson</b>		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<b>Migraine Therapy - Cgrp Receptor Blockers (Gepants And Mab) - Drugs For Migraine Headaches</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (erenumab-aooe)	Tier 2	PA; KP
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Tier 2	PA
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Tier 2	PA
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Tier 2	PA
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Tier 3	PA
<b>Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1F) - Drugs For Migraine Headaches</b>		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Tier 2	PA
<b>Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia</b>		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Sedantes-Hipnóticos - Tipo Tricíclico Antidepresivo - Drugs For Insomnia</b>		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson</b>		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System</b>		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Terapia De Dolor Neuropático - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 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: 07/01/2024

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>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Terapia De Migraña - Agonista De Serotonina 5-Ht(1) Y Comb. De Nsaid - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Almotriptan Malate, Eletriptan Hydrobromide, Frovatriptan Succinate, Naratriptan HCL, Onzetra Xsail, Rizatriptan Benzoate, Sumatriptan Succinate/Naproxen Sodium, Sumatriptan Succinate, Sumatriptan, Tosymra, Zembrace Syntouch, or Zolmitriptan in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<b>Terapia De Migraña - Agonistas Selectivos De Serotonina 5-Ht(1) - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Tier 3	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Sumatriptan nasal spray in 120 days; QL (32 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	Tier 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 5 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 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>	Tier 1	KP; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	KP; QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (24 EA per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Generic Sumatriptan injection in 120 days; QL (18 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<b>Terapia De Migraña - Alcaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	KP; QL (15 ML per 14 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Tier 3	QL (10 EA per 7 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (12 ML per 28 days); Age (Min 18 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Terapia De Migraña - Bloqueador De Ligando Cgrp, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For Migraine Headaches</b>		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Tier 2	PA; KP
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Tier 2	PA; KP
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA; KP
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA; KP
<b>Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System</b>		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
<b>Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System</b>		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 3	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 6 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
<b>Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System</b>		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Gabapentin, Gralise, Neuraptine, Pramipexole Di-HCL, or Ropinirole HCL in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Gabapentin, Gralise, Neuraptine, Pramipexole Di-HCL, or Ropinirole HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<b>Thrombin Inhibitor - Selective Direct And Reversible - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Tier 3	PA
<b>Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System</b>		
<b>Medicamentos De Disfunción Erectil (De)-Inhib Sel. Cgmp De Fosfodiesterasa Tipo5 - Drugs For Erectile Dysfunction</b>		
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Endocrino</b>		
<b>Antihyperglycemic - Dual Sglt1 And Sglt2 Inhibitors</b>		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
<b>Menopausal Symptoms Suppressant- Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist</b>		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Tier 3	PA
<b>Endocrino - Hormones</b>		
<b>Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women</b>		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid</b>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid</b>		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones</b>		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Tier 3	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Tier 3	PA
<b>Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones</b>		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 284 MG/1.5 ML (inotersen sodium)	Tier 3	PA; KP
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Tier 3	PA; KP
<b>Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (600mcg/2.4ml), 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Estimulación De Formación Ósea - Péptidas De Liberación De Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (abaloparatide)	Tier 3	PA; KP
<b>Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes</b>		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Glucagon Emergency Kit, Gvoke, or Zegalogue in 120 days
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Tier 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Tier 1	KP
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Tier 2	
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Tier 3	
<i>glucose oral tablet, chewable 4 gram</i>	Tier 3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	KP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	KP
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	KP
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	KP
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Tier 3	
SWEET CHEEKS ORAL GEL IN SYRINGE 1.2 GRAM /3 ML (40 %) (dextrose)	Tier 3	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 2	KP
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 2	KP
<b>Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 3	PA; KP
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 3	PA; KP
<b>Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes</b>		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<b>Análogos De Insulina - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes</b>		
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Humalog Mix 75-25 in 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Humalog Mix 75-25 in 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Tier 1	
<b>Análogos De Insulina - De Acción Prolongada - Drugs For Diabetes</b>		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin detemir)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
LEVEMIR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin detemir)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Tier 2	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Tier 2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Tier 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Tier 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Tier 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Tier 2	
<b>Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes</b>		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev 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: 07/01/2024

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))	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Tier 1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 3	
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
<b>Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes</b>		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Tier 3	
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet 625 mg</i>	Tier 3	
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Metformin HCL in 120 days
RIOMET ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Metformin IR tablets/solution or ER tablets in 120 days
<b>Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men</b>		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR (testosterone)	Tier 3	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG (testosterone undecanoate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Tier 3	PA
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Tier 3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Tier 3	PA
TESTOPEL IMPLANT PELLETT 75 MG (testosterone)	Tier 3	KP
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA; KP
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA; KP
<i>testosterone implant pellet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	KP
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram lactuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Tier 1	PA
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Tier 3	PA
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Tier 3	PA; KP
<b>Antagonistas De Receptor De Hormona De Crecimiento - Drugs For Growth</b>		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (pegvisomant)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes</b>		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Tier 2	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Tier 2	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Tier 2	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Tier 2	
<b>Antihiperoglucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes</b>		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Glipizide/Metformin HCL, Glyburide/Metformin HCL, Metformin HCL, or Riomet ER in 180 days
<b>Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Inhibidor De SglT-2 Y Biguanida - Drugs For Diabetes</b>		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidoate/metformin HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
<b>Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes</b>		
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Metformin, preferred Sulfonylurea or preferred Metformin/Sulfonylurea combination 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes</b>		
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Metformin, preferred Sulfonilurea or preferred Metformin/Sulfonilurea combination in 120 days
<b>Antihiperoglucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes</b>		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Tier 2	
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (pramlintide acetate)	Tier 2	
<b>Antihiperoglucémicos, Miméticos De La Incretina, Agonista De Receptores De Glp-1 De Tipo Análogo - Drugs For Diabetes</b>		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (exenatide microspheres)	Tier 2	PA
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML, 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML (exenatide)	Tier 2	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)	Tier 2	PA; KP
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG (semaglutide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	PA
<b>Antihiperoglucémicos-Insulina, De Acción Prolongada Y Comb De Agonista De Receptores De Glp-1 - Drugs For Diabetes</b>		
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide)	Tier 2	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Tier 2	
<b>Antihyperglycemic - Dual Gip And Glp-1 Receptor Agonists - Drugs For Diabetes</b>		
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)	Tier 2	PA; KP
<b>Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones</b>		
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
NOCTIVA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.83 MCG/SPRAY (0.1 ML), 1.66 MCG/SPRAY (0.1 ML) (desmopressin acetate)	Tier 3	QL (3.8 GM per 30 days)
<b>Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth</b>		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Tier 3	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 3	KP
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 3	KP
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Tier 3	PA; KP
<b>Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women</b>		
estradiol/norethindrone acetate (Amabelz Oral Tablet 0.5-0.1 Mg, 1-0.5 Mg)	Tier 1	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Duavee or Premarin 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Duavee or Premarin in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Tier 3	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)	Tier 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Tier 1	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Tier 1	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Tier 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Tier 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Tier 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Tier 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)	Tier 2	
<b>Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women</b>		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women</b>		
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Tier 1	KP
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<b>Antineoplastics - Drugs For Inflammation</b>		
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	
<b>Bone Formation Stimulating Agents - Natriuretic Peptide - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (vosoritide)	Tier 3	PA; KP
<b>Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Central Nervous System Agents - Drugs For Diabetes</b>		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<b>Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones</b>		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Tier 3	KP; QL (1 EA per 1 day)
<b>Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes</b>		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Tier 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Tier 3	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation</b>		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Tier 3	
<b>Contraceptive Injectable Combinations - Hormones</b>		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Tier 3	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Tier 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Tier 1	
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Alendronate Sodium, Fosamax Plus D, or Ibandronate Sodium in 365 days; QL (4 EA per 28 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<b>Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Tier 1	KP
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Tier 1	
<b>Contraceptives Implant - Drugs For Women</b>		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Tier 3	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Tier 3	
<b>Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<b>Diagnostic - Urine Test Combinations - Drugs For Diabetes</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes</b>		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	
<b>Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes</b>		
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<b>Estrógenos - Drugs For Women</b>		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Tier 3	KP
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)	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days; QL (52 GM per 30 days)
<i>estradiol implant pellet 10 mg, 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 6 mg</i>	Tier 1	KP
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Tier 1	QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Tier 1	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>	Tier 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>	Tier 1	QL (1 EA per 7 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	KP
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 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)	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Tier 3	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Tier 3	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Tier 2	
<b>Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones</b>		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Tier 3	PA; KP
<b>Glucocorticoides - Drugs For Inflammation</b>		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Tier 3	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Tier 3	PA
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Tier 3	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Tier 3	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets, Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Tier 3	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablets, dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Tier 3	
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Tier 3	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Tier 3	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Tier 3	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Tier 3	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (methylprednisolone)	Tier 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Tier 3	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Tier 3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Methylprednisolone, Prednisolone, or Prednisone in 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Tier 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
RAYOS ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Tier 3	PA
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Tier 3	KP
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG (hydrocortisone sodium succinate)	Tier 3	KP
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets, Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS, DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 4 MG (budesonide)	Tier 3	PA
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZCORT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
<b>Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women</b>		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 2	KP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Tier 2	KP
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days
<b>Hormona Estimulante De Folículo (Fsh) - Drugs For Women</b>		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (follitropin beta, recombinant)	Tier 3	KP; ST: Must meet any of the following requirements: Gonal-F RFF, Gonal-F RFF Redi-ject, or Gonal-F in 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300/0.5 UNIT/ML, 450/0.75 UNIT/ML, 900/1.5 UNIT/ML (follitropin alfa, recombinant)	Tier 3	KP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 3	KP
<b>Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid</b>		
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 32.5 MG, 65 MG, 97.5 MG (thyroid,pork)	Tier 3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: NP Thyroid, Nature-Throid, WP Thyroid, Westhroid, or Thyroid tablets in 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Tier 1	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<b>Hormonas De Tiroides - Sintético T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid</b>		
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Tier 1	
<b>Hormonas De Tiroides - Sintético T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid</b>		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 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)	Tier 1	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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Levothyroxine tablets in 120 days; QL (20 ML per 1 day)
TIROSINT ORAL CAPSULE 37.5 MCG, 44 MCG, 62.5 MCG (levothyroxine sodium)	Tier 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)	Tier 3	PA
<b>Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women</b>		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Tier 3	KP
<b>Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women</b>		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Paroxetine HCL or Venlafaxine HCL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Inhibidor De Antihiperoglucémicos-Sglt-2, Inhibidor De Dpp-4 Y Comb De Biguanida - Drugs For Diabetes</b>		
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)	Tier 2	
<b>Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women</b>		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
<b>Insulin - Beef - Drugs For Women</b>		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Tier 3	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth</b>		
GENOTROPIN MINIQUICK 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)	Tier 3	PA; KP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 3	PA; KP
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG (somatropin)	Tier 3	PA; KP
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogonghla)	Tier 3	PA; KP
NORDITROPIN FLEXPPO 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA; KP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Tier 3	PA; KP
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Tier 3	PA; KP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	PA; KP
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Insulin Pork Combinations - Drugs For Women</b>		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Tier 3	PA
<b>Insulina Humana - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes</b>		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Humulin 70-30 or Humulin 70/30 Kwikpen in 120 days
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Humulin 70-30 or Humulin 70/30 Kwikpen in 120 days
<b>Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes</b>		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Tier 2	
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Humulin R or Humulin R U-500 in 120 days
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Humulin R or Humulin R U-500 in 120 days
<b>Insulina Humana - De Acción Intermedia - Drugs For Diabetes</b>		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Tier 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Tier 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Humulin N in 120 days
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Humulin N in 120 days
<b>Insulina Humana - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes</b>		
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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Lhrh (Gnrh) Agonista Análogo De Supresores Pituitario - Pubertad Precoz Central - Drugs For Women</b>		
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY) (histrelin acetate)	Tier 3	KP
<b>Lhrh (Gnrh) Antagonist, Estrogen And Progestin Combinations - Drugs For Woman</b>		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (relugolix/estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	
<b>Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women</b>		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Tier 3	KP
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Tier 3	KP; ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Tier 2	
<b>Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women</b>		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Medical Supplies And Dme - Infant Diapers - Drugs For Diabetes</b>		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Tier 2	
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<b>Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women</b>		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Tier 1	QL (28 EA per 30 days)
<b>Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth</b>		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women</b>		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Tier 2	
<b>Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes</b>		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Tier 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Tier 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women</b>		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Endometrin in 120 days
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Tier 2	
<b>Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes</b>		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Tier 3	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System</b>		
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Análogos De Nucleósido Purina - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 3	PA
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA; KP
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Tier 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.3 MG (interferon beta-1b)	Tier 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 3	PA; KP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA; KP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA; KP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 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)	Tier 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (fingolimod HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Tier 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Tier 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Tier 3	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Tier 3	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Tier 3	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Tier 3	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 3	PA
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Tier 3	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Tier 2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Tier 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/MI, 40 Mg/MI)	Tier 1	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Tier 3	PA
<b>Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents</b>		
<b>Ophthalmic Antibacterial</b>		
sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)	Tier 1	
sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)	Tier 1	
<b>Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations</b>		
<b>Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations</b>		
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	Tier 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Tier 3	
<b>Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations</b>		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Tier 1	
hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg	Tier 1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	Tier 1	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations</b>		
ANA-LEX KIT RECTAL KIT 2-2 % (hydrocortisone acetate/lidocaine HCl/aloe vera)	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Tier 3	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Tier 3	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)</i>	Tier 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 3	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Tier 3	
<b>Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations</b>		
<b>Dermatological - Gene Therapy Agents</b>		
VYJUVEK TOPICAL GEL 5 X 10EXP9 PFU/2.5 ML (beremagene geperpavec-svdt)	Tier 3	
<b>Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor</b>		
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 3	PA
<b>Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin</b>		
<b>Acne Therapy Topical - Androgen Receptor Inhibitors - Drugs For The Skin</b>		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % (clascoterone)	Tier 3	PA
<b>Agentes Antipsoriáco - Antagonistas De Interleucinas-23 (Il-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin</b>		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 3	PA; KP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 3	PA; KP
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 3	PA; KP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Agentes Antipsoriáco - Inhibidores De Interleucinas 12 E Il-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin</b>		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Tier 3	PA; KP
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Dermatitis O Eccema, Sistémico-Antag. De Interleucinas-4 (Il-4Ra) Mab - Drugs For The Skin</b>		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 3	PA; KP
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin</b>		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<b>Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin</b>		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Tier 3	
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Tier 3	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Tier 3	
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL,SPRAY 0.5 % (permethrin)	Tier 3	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Tier 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin</b>		
<i>methyl salicylate oil</i>	Tier 3	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Tier 3	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Tier 3	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Tier 3	
<b>Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin</b>		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Tier 3	PA
<b>Anticoagulants - Drugs For The Skin</b>		
REGSPANEX TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Tier 2	
<b>Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin</b>		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 3	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (apremilast)	Tier 3	PA
<b>Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin</b>		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 365 days
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Tier 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin</b>		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<b>Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin</b>		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Tier 3	
<b>Antipsoriático - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin</b>		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (200 GM per 28 days)
<b>Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin</b>		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (spesolimab-sbzo)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin</b>		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Tier 3	PA
<b>Beta Blockers Cardiac Selective, Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Skin</b>		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 3	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 3	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 3	
<b>Beta Blockers Non-Cardiac Selective - Drugs For The Skin</b>		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % (clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28)	Tier 3	
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Tier 3	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Tier 3	
<b>Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin</b>		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 3	PA; KP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 3	PA; KP
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA; KP
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA; KP
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA; KP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA; KP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Tier 3	PA; KP
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (secukinumab)	Tier 3	PA; KP
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Tier 3	PA; KP
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA; KP
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA; KP
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin</b>		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Tier 3	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 3	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 3	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 3	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 3	
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 3	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Tier 3	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Tier 3	
PS1 ACIURGY PACK TOPICAL KIT 2-4-10-70 % (mupirocin/chlorhexid/povid/norflur/pentafl/alcoh/gauze/silic)	Tier 3	
PS2 ACIURGY PACK TOPICAL KIT 2-4-10-70 % (mupirocin/chlorhexidine/povidone/alcohol/gauze/silicone)	Tier 3	
RAYASORE KIT TOPICAL KIT 1-10 % (silver sulfadiazine/povidone-iodine/alginate dressing)	Tier 3	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 3	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin</b>		
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
<b>Cuidado De Lesiones - Combinaciones De Limpiadores - Drugs For The Skin</b>		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
EPICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (hypochlorous acid/sodium chloride/sodium phosphate)	Tier 3	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagflu/e.water)	Tier 3	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfat/sod phosphate, mono)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
<b>Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin</b>		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Tier 3	
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Tier 3	
<b>Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin</b>		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Tier 3	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Tier 3	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
ACTICOAT SURGICAL DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 10 ", 4 X 13 3/4 ", 4 X 4 3/4 ", 4 X 8 " (silver/foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 3 X 3 ", 5 X 5 ", 7 X 7 ", 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLEVYN AG GENTLE DRESSING TOPICAL BANDAGE 5 %- 2" X 2", 5 %- 4" X 4", 5 %- 6" X 6", 5 %- 8" X 8" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN AG TOPICAL BANDAGE 5 %- 2" X 2", 5 %- 4" X 4", 5 %- 6" X 6", 5 %- 8" X 8" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN HEEL TOPICAL BANDAGE 4 1/2 X 5 1/2 " (foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 5 1/16 X 5 1/16 ", 6 1/16 X 6 1/16 ", 8 1/4 X 8 1/4 " (foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (foam bandage)	Tier 3	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/silver/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 3	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 3	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Tier 3	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Tier 3	
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Tier 3	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Tier 3	
MAXORB EXTRA TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (alginate dressing/carboxymethylcellulose)	Tier 3	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Tier 3	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Tier 3	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Tier 3	
MEDIHONEY (HYDROCOLLOID-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 " (honey/hydrocolloid dressing)	Tier 3	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Tier 3	
PIVOT SILVER ALGINATE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/calcium alginate)	Tier 3	
PROTYL AG TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Tier 3	
PURACOL PLUS AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2.2 " (dressing, collagen/silver)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 3	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 3	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 6 X 6 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 3	
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Tier 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 3	
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Tier 3	
SILVASORB TOPICAL GEL, EXTENDED RELEASE (silver)	Tier 1	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
THERAHOONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 3	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Tier 3	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
<b>Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin</b>		
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Tier 3	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Tier 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin</b>		
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Tier 3	PA; KP
<b>Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin</b>		
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Tier 2	QL (5 EA per 1 FILL)
<b>Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin</b>		
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Tier 3	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Tier 3	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Tier 3	
<b>Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin</b>		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladares De Fibrina - Drugs For The Skin</b>		
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)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 3	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin</b>		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Tier 1	
<b>Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin</b>		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Tier 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Tier 1	
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Tier 3	
KERALYT SCALP COMPLETE TOPICAL KIT,SHAMPOO AND GEL 6-6 % (salicylic acid)	Tier 3	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Tier 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Podofilox 0.5% solution in 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Tier 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Tier 3	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Tier 3	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Tier 3	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>salicylic acid topical cream, extended release 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Tier 3	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical lotion, extended release 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Tier 3	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit, cleanser and cream er 6 %</i>	Tier 3	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Tier 3	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Tier 1	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Tier 3	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Tier 3	
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Tier 3	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Tier 3	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Tier 3	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Tier 3	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Tier 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Tier 3	
<i>urea topical cream 41 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>urea topical foam 35 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Tier 3	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Tier 3	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfecciosos - Drugs For The Skin</b>		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 22.5 mg, 25 mg</i>	Tier 3	
<b>Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin</b>		
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	Tier 1	
<b>Dermatológico - Agentes De Despigmantación - Drugs For The Skin</b>		
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Tier 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Tier 3	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Tier 3	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 3	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
<b>Dermatológico - Agentes De Tratamiento De Hiperhidrosis De Anticolinérgicos - Drugs For The Skin</b>		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (glycopyrronium tosylate)	Tier 2	PA
<b>Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin</b>		
CLOFENAX TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 3	
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i>	Tier 3	PA
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Tier 3	
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Tier 3	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Tier 3	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Epolamine patch in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN PACKET 2 % (diclofenac sodium)	Tier 3	PA
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 3	
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Tier 3	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin</b>		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Tier 3	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (200 GM per 30 days)
LEXETTE TOPICAL FOAM 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Tier 3	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Tier 3	PA
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin</b>		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Tier 3	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin</b>		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin</b>		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Tier 3	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Tier 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Tier 3	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl topical lotion 3 %</i>	Tier 3	
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3.25 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Tier 3	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
LIDOSOL-50 TOPICAL KIT 5 %- 6 CM X 7 CM (lidocaine/transparent dressing)	Tier 3	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Tier 3	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Tier 3	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Tier 3	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Tier 3	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Tier 3	
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Tier 3	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Tier 3	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Tier 3	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Tier 3	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Lidocaine 5% patch in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<b>Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin</b>		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<b>Dermatológico - Antibacterial, Agente Antifúngico Con Glucocorticoide - Drugs For The Skin</b>		
ALCORTIN A TOPICAL GEL IN PACKET 2-1-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe polysaccharides no.2)	Tier 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %</i>	Tier 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Tier 1	
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin</b>		
AZADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver/urea)	Tier 3	
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Tier 3	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Tier 3	
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Tier 3	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Tier 3	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Tier 1	
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Tier 3	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin</b>		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Tier 3	
<b>Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin</b>		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Tier 1	QL (100 GM per 1 FILL)
<b>Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin</b>		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Tier 1	
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Tier 3	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Ciclopirox or Ketoconazole in 120 days
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Tier 3	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %</i>	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 9.8 %</i>	Tier 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Tier 3	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin</b>		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Tier 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Tier 2	
<b>Dermatológico - Combinación De Nsaid Y Anestesia Local - Drugs For The Skin</b>		
DICLOVIX TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-2.5-4-2 % (diclofenac sodium/lidocaine/methyl salicylate/camphor)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin</b>		
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Tier 3	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Tier 1	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Tier 3	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Tier 3	
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Tier 1	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Tier 3	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Tier 3	
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Tier 3	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Tier 3	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Tier 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Tier 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatológico - Combinaciones De Antibacteriales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin</b>		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide/emollient comb no.65)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Fluocinolone Acetonide cream, oil, ointment or solution in 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Fluocinolone Acetonide cream, oil, ointment or solution in 120 days
<b>Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin</b>		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 120 days; QL (10 GM per 365 days)
<b>Dermatológico - Combinaciones De Despigmentación - Drugs For The Skin</b>		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 3	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Tier 3	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 3	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 3	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Tier 3	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 3	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 3	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 3	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Tier 3	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Tier 3	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Tier 3	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Tier 3	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Tier 3	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 3	
<b>Dermatólogo - Combinaciones De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin</b>		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin</b>		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Tier 3	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Tier 3	
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 3	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 3	
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 3	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Tier 3	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Tier 3	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin</b>		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Tier 3	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 3	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloë vera extract)	Tier 3	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Tier 3	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 3	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin</b>		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Tier 3	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Tier 3	
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/Na hypoCl)	Tier 3	
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Tier 3	
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/Na hypoCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatológico - Combinaciones Glucocorticoide-Emolientes - Drugs For The Skin</b>		
BESER KIT TOPICAL KIT, LOTION AND CREAM, EMOLLIENT 0.05 % (fluticasone propionate/emollient combination no.65)	Tier 3	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone)	Tier 3	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Tier 3	
MOMETACURE TOPICAL KIT 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Tier 3	
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetonide/urea/silicone, adhesive)	Tier 3	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Tier 3	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Tier 3	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 3	QL (1 EA per 30 days)
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Tier 3	QL (375 GM per 30 days)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Tier 3	QL (375 GM per 30 days)
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Tier 3	
WHYTEDERM TDKIT TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetone/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Combinaciones Querotólicas Otros - Drugs For The Skin</b>		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Tier 3	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Tier 3	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Tier 3	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Complejo De Derivados De Hígado - Drugs For The Skin</b>		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION 25.5 MG/ML (liver extract (beef-pork))	Tier 3	KP
<b>Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin</b>		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Tier 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Tier 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Tier 3	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Tier 3	
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Tier 3	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Tier 3	
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Tier 3	
PURELAN TOPICAL CREAM (lanolin)	Tier 3	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Tier 3	
<i>urea topical cream 10 %, 20 %</i>	Tier 3	
<i>urea topical lotion 10 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin</b>		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Ésteres Tópicos De Anestesia Local - Drugs For The Skin</b>		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (benzocaine)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin</b>		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Tier 1	
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Hydrocortisone 2.5% lotion in 120 days
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream in 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Tier 3	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: 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) in 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Tier 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Tier 3	
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Tier 3	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: 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) in 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: 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) in 120 days; QL (236 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: 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) in 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Tier 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Tier 3	
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEXETTE TOPICAL FOAM 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: 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) in 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1)	Tier 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % (hydrocortisone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Hydrocortisone 2.5% lotion in 120 days
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Tier 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 3	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Tier 3	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Tier 3	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.1 %)	Tier 1	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil in 120 days
<b>Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin</b>		
NUJU TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Tier 3	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Tier 3	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 3	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% ointment) in 120 days
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% ointment) in 120 days
<b>Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin</b>		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Imiquimod and Podofilox in 365 days; QL (30 GM per 1 FILL)
<b>Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Drugs For The Skin</b>		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (interferon alfa-n3)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin</b>		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<b>Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin</b>		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Tier 3	
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Tier 3	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Tier 3	
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Tier 3	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Tier 3	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Tier 3	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Tier 3	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Tier 3	
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Tier 3	
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Tier 3	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Tier 3	
ENTTY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Tier 3	
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Tier 3	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Tier 3	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Tier 3	
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Tier 3	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Tier 3	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Tier 3	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Tier 3	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Tier 3	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Tier 3	
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYLATOPICPLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Tier 3	
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Tier 3	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Tier 3	
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Tier 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Tier 3	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Tier 3	
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum, white/ceresin)	Tier 3	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum, white/water)	Tier 3	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Tier 3	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Tier 3	
NEOSALUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.38)	Tier 3	
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Tier 3	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Tier 3	
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/shear butter/marigold/argan)	Tier 3	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Tier 3	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acet (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Tier 3	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Tier 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Tier 3	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Tier 3	
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Tier 3	
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Tier 3	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Tier 3	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Tier 3	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/shear tree)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin</b>		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Tier 1	PA
<b>Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin</b>		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER (anacaulase-bcdb)	Tier 3	
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdb)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin</b>		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Tier 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Tier 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Tier 3	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin</b>		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Tier 3	
<b>Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin</b>		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Tier 3	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 3	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 3	
HYALO4 CARE CLEAR TOPICAL GEL 0.2 % (hyaluronate sodium)	Tier 3	
HYALO4 CARE TOPICAL GEL 0.2 % (hyaluronate sodium)	Tier 3	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Tier 3	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Tier 3	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 3	
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 3	
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Tier 1	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	Tier 3	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin</b>		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin</b>		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Mupirocin ointment in 120 days
<b>Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin</b>		
BULLFROG MOSQUITO COAST TOPICAL AEROSOL,SPRAY 20 %- SPF 30 (aminoprop ethy/oxybenzone/octinoxate/octocrylene/octyl salic)	Tier 3	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL,SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RANGER READY REPELLENT TOPICAL SPRAY WITH PUMP 20 % (icaridin)	Tier 3	
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION, EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin</b>		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<b>Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin</b>		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Tier 3	
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 3	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Tier 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Tier 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 3	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Tier 3	
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic topical Metronidazole in 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Tier 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Tier 1	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Metronidazole 0.75% (gel, lotion, cream) in 120 days
RHOFADE TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Tier 3	
metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Tier 1	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Tier 3	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Tier 3	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Finacea gel or foam in 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Tier 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)	Tier 3	
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic topical Metronidazole in 120 days; QL (30 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin</b>		
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin</b>		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Tier 3	PA
<b>Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin</b>		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Tier 3	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Tier 3	
<i>sodium chloride topical solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<b>Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin</b>		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Tier 3	QL (60 GM per 28 days)
<b>Dietary Product - Sweeteners - Drugs For The Skin</b>		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Tier 1	
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 3	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
<b>Dietary Products - Drugs For The Skin</b>		
FLUOROPLEX TOPICAL CREAM 1 % (fluorouracil)	Tier 3	PA
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Tier 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Tier 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Tier 2	
<b>Erythropoietins - Drugs For The Skin</b>		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Tier 3	PA
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Tier 3	PA
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Tier 3	PA
<b>Factor VIII Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin</b>		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Tier 3	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Tier 3	
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Tier 3	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Tier 3	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Tier 3	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Tier 3	
<b>Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-Csf) - Drugs For The Skin</b>		
DERMACINRX PHN PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5 % (lidocaine/emollient combination no.102)	Tier 3	
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Tier 3	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 3	
<b>Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin</b>		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Tier 3	
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Tier 3	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Tier 3	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Tier 3	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Tier 3	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Tier 3	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Tier 3	
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Tier 3	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Tier 3	
<b>Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin</b>		
CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.44)	Tier 3	
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Tier 3	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Tier 3	
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin</b>		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 50mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<b>Medical Supplies And Dme - Hot And Cold Combination Therapy Aids - Drugs For The Skin</b>		
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 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>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Doryx Mpc, Doxycycline Hyclate, Doxycycline Monohydrate, Minocycline HCL, or Vibramycin in 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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Medical Supplies And Dme - Irrigation Supplies - Drugs For The Skin</b>		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Calcipotriene/Betamethasone ointment in 120 days
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Calcipotriene/Betamethasone ointment 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin</b>		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Tier 1	
<i>econazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Tier 3	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Tier 3	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Tier 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Tier 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Tier 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Tier 3	
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Clotrimazole and Ketoconazole in 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Tier 3	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Tier 1	
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
<b>Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin</b>		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Tier 3	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Tier 1	
<b>Minerals And Electrolytes - Oral Electrolytes - Drugs For The Skin</b>		
CHEST RUB (WITH PINE OIL) TOPICAL OINTMENT (eucalyptus oil/lavender oil/pine needle oil/beeswax)	Tier 3	
<b>Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin</b>		
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide. Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 365 days; Age (Min 9 Years)
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate 1% gel in 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Tier 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Tier 3	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Tier 3	
<i>erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)</i>	Tier 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Tier 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Tier 2	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Tier 1	
<b>Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin</b>		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
DICLAREAL TOPICAL COMBO PACK 2-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 3	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
DICLOHEAL-60 TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 3	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 3	
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
DICLOTAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
DICLOTREX II TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 3	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 3	
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Tier 3	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 3	
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Tier 3	
LEXITRAL PHARMAPAK II TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 3	
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 3	
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 3	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 3	
<b>Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin</b>		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Pharmaceutical Adjuvant - Gelatin Capsules (Empty) - Drugs For The Skin</b>		
MENTAX TOPICAL CREAM 1 % (butenafine HCl)	Tier 3	
<b>Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin</b>		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Tier 3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Tier 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Tier 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Tier 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Tier 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Tier 3	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Tier 3	
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Tier 3	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Tier 3	
<b>Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin</b>		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Mupirocin ointment 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin</b>		
ALADERM PLUS TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Tier 3	
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 3	
CETACAINE ANESTHETIC TOPICAL LIQUID 2-2-14 % (tetracaine/benzocaine/butamben)	Tier 3	
CETACAINE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Tier 3	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 3	
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Tier 3	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Tier 3	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Tier 3	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Tier 3	
LIDORXKIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 5 % (lidocaine/skin cleanser combination no.37)	Tier 3	
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Tier 3	
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Tier 3	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Tier 3	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Tier 3	
<b>Protectores De Uñas - Drugs For The Skin</b>		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Tier 3	
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Tier 3	
<b>Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin</b>		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute, human and bovine)	Tier 3	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 3	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 3	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Tier 3	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin</b>		
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Tier 3	
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Tier 3	
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapsonespiro nolactone/niacinamide)	Tier 3	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratólicas - Drugs For The Skin</b>		
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Tier 1	
CLENIA PLUS TOPICAL SUSPENSION 9-4.25 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 3	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide gel 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Tier 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 3	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 3	
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 3	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Tier 1	
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Tier 3	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 %(1 % Base) -5 %)	Tier 1	
ONEXTON TOPICAL GEL 1.2 %(1 % BASE) -3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Tier 3	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 3	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Tier 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 9-4.5 %</i>	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Tier 3	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Tier 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 3	
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Tier 3	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK,CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Tier 3	
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Tier 3	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin</b>		
ADAINZDE TOPICAL GEL 0.3-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 3	
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 3	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 3	PA
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin gel or Tretinoin gel 0.025% in 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Tier 3	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Tier 3	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Tier 3	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Tier 3	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
ONZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 3	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin</b>		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Tier 2	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin</b>		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Tier 3	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Tier 1	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 3	
OXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 3	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 3	
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Tier 3	
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin</b>		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Tier 3	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Tier 3	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Tier 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Tier 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Tier 3	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Tier 3	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Tier 1	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Adapalene 0.1% gel in 120 days
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Adapalene 0.1% gel 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Tier 3	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Tier 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Tier 1	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Tier 3	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Tier 3	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Tier 3	
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 % (tretinoin microspheres)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% in 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% in 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	
<b>Terapia Sistémica Para El Acné - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin</b>		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE 16 MG, 24 MG, 32 MG, 8 MG (isotretinoin, micronized)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Isotretinoin in 120 days
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Generic Isotretinoin in 120 days
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Vendajes De Piel De Ovina (Oveja), No-Viva - Drugs For The Skin</b>		
KERAMATRIX TOPICAL SHEET 2 X 2 ", 3/4 X 1 ", 4 X 4 " (tissue matrix, keratin-based, ovine derived)	Tier 3	
<b>Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin</b>		
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents</b>		
<b>Medical Supplies And Dme - Epidural Administration Sets</b>		
IVENIX LVP EPIDURAL ADMIN SET EPIDURAL INFUSION SET (epidural administration set)	Tier 3	KP
IVENIX LVP EPIDURAL SET NRFIT EPIDURAL INFUSION SET (epidural administration set)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
<b>Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Tier 3	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 3	
<i>eua patient assessment</i>	Tier 3	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Tier 3	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 3	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
PTS COLLECT CAPILLARY TUBE (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
RECONSTITUBE KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
SUPPOSITORY SHELL, SMALL DEVICE (suppository mold)	Tier 3	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 3	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 3	KP
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Tier 3	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 3	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Tier 3	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Tier 3	
XENOVIEW EMPTY DELIVERY BAG (inhalation bag with mouthpiece)	Tier 3	
<b>Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 3	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Tier 3	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 3	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Tier 3	
TENS CARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Tier 3	
<b>Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX AIR CONDOM 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
<b>Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
<b>Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
<b>Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
<b>Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Tier 3	
<b>Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
<b>Medical Supplies And Dme - Covid-19 Miscellaneous Testing Supplies - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 3	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Tier 3	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 3	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 3	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
MIDASPOT COVID19 ANTIBODY TEST KIT (COVID-19 IgG/IgM test cassette)	Tier 3	
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 3	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<b>Medical Supplies And Dme - Digital Therapeutics, Software - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ASPYRERX DIGITAL APP (90-DAY) (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for T2DM)	Tier 3	
ENDEAVORRX (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for ADHD)	Tier 3	
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics,amblyopia)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAHANA IBS (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 3	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 3	
REGULORA IBS DIGITAL APP (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Tier 3	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Tier 3	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Tier 3	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
LC PLUS (nebulizer)	Tier 3	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Tier 3	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Tier 3	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Tier 3	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Tier 3	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 3	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
SIDESTREAM (nebulizer)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Tier 3	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
TRUNEB NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
VIXONE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
VIXONE NEBULIZER-ADULT MASK (nebulizer)	Tier 3	
VIXONE NEBULIZER-PEDIATRIC MSK (nebulizer)	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Local Anesthetic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Tier 3	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 3	
FILTERED EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set with filter)	Tier 3	
HI-VOLUME PUMPING CHAMBER SET (transfer sets)	Tier 3	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Tier 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
MICROBORE EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Tier 3	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Tier 3	
RATE FLOW REGULATOR IV SET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
TRANSFER SET (transfer sets)	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Local Anesthetic Esters - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Tier 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Tier 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)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Tier 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 3	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Tier 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
<i>filter needles needle 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Tier 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 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)	Tier 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (syringe with needle, disposable)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Tier 1	
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)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
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)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 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)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Tier 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)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Tier 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)	Tier 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 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)	Tier 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Tier 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 1	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Tier 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Tier 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 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)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
<b>Ophthalmic - Surgical Aids-Adjuncts - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET BLOOD ADMINISTRATION SET (blood administration set)	Tier 3	
<b>Ophthalmic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
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)	Tier 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 3	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 3	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BARDEX I.C. FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Tier 3	
DOVER FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Tier 3	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Tier 3	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
LOFRIC HYDRO-KIT COMBO PACK 14 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 3	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 3	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Tier 3	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Tier 3	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Tier 3	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Tier 3	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 3	
<b>Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM (transfer device, closed system)	Tier 3	
HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR (connector luer lock, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED BAG ADAPTOR (infusion adapter, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED LINE ADAPTOR (connector luer lock, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 3	
HALO VIAL CONVERTER DEVICE 13 MM (vial size converter, closed system)	Tier 3	
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Tier 3	
I-PORT (injection ports)	Tier 3	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 3	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 3	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Tier 3	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Tier 3	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Tier 3	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Tier 3	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Tier 3	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Tier 3	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 3	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 3	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Tier 3	
<b>Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Tier 3	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Tier 3	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Tier 3	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Tier 3	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Tier 3	
<b>Otic (Ear) - Analgesics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD 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)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin U-500 with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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))	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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)	Tier 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 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY 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, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
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)	Tier 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
<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 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>	Tier 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin disposable)	Tier 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)	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Tier 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Tier 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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>	Tier 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>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
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" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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))	Tier 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))	Tier 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)	Tier 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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))	Tier 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)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPACK-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)	Tier 1	
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)	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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))	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 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)	Tier 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))	Tier 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)	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
VERIFINE 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 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
<b>Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
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 MULTICLIX LANCET KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
ACCU-TREND 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 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 AMP GLUC MONITOR SYS (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
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	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Tier 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	
<i>blood glucose ctl high,nml,low 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	
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	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESOFT LANCING DEVICE (lancing device)	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	PA
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	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
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: 07/01/2024

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 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER KIT (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	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR DEVICE (blood-glucose meter,for mobile device)	DME	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter,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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 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	
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	
EASY PLUS II HIGH CONTROL 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
EASY TOUCH HIGH-LOW 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX T1 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
EMBRACE EVO LEVEL 1 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 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 D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D20 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 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 V10 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40A 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	
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)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 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	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 3	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 3	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 3	PA
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET (lancing device)	DME	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
IGLUCOSE BLOOD 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
INSUL-CAP (diabetic supplies, miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies, miscell)	DME	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT KIT (blood-glucose meter)	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (lancets)	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL PLUS 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL PLUS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL VIVID METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER KIT (blood-glucose meter)	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 FLEX START KIT (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 KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OPTUMRX (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX KIT (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
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	
PLATINUM GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 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 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC250S CNTRL SOL NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR (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	
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: 07/01/2024



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	
SOFT TOUCH LANCETS (lancets)	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: 07/01/2024

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 BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	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	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
WAVESENSE AMP KIT (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
WAVESENSE PRESTO (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE PRESTO 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 3	
<b>Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Tier 3	PA
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,automated dosing,BT with controller)	Tier 2	KP
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Tier 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Tier 2	KP
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq)	Tier 2	KP
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Tier 2	KP
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 2	KP
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Suministros Médicos Y Dme - Aguja De Extracción De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gasa Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 3	
CURAD XEROFORM PETROLATM DRESS TOPICAL BANDAGE 1 X 8 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 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)	Tier 3	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Tier 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 3	
XEROFORM NON-OCCLUSIVE TOPICAL BANDAGE 4 X 3 "-YARD (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 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)	Tier 3	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Comb. De Azúcar En Sangre-Cetonas Suministros De Pruebas - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
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	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso</b>
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	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Combinaciones De Dispositivos De Presión Arterial - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Suministros Médicos Y Dme - Dispositivos Ventiladores De Trompa De Eustaquio/Oído Medio - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Equipos De Extracción De Sangre Con Anestesia Local - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Tier 3	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Medias De Compresión - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Tier 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TRUZONE 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Azúcar En Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic, disc-type)	DME	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

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	
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D15G STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V12 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V30A STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
IGLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTUMRX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SMARTTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TD GOLD TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WAVESENSE JAZZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WAVESENSE PRESTO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Cetona En Orina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
INSUFLON INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Pruebas De Coagulación De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Tier 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Tier 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 3	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
<i>nebulizer and compressor device</i>	Tier 3	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Tier 3	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC DOG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC FROG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 3	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Tier 3	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
PORTABLE NEBULIZER SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 3	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Tier 3	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 3	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 3	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Tier 3	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Tier 3	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Tier 3	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Tier 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 3	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros Dentales Otros - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
Q-CARE RX Q2 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine/dental swab 1/mouthwash)	Tier 3	
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Tier 3	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Tier 3	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad, silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Tier 3	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 3	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 3	
SILINOIN TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SKARLITE TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Tier 3	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gasa - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Tier 3	
<b>Tissue Bulking Implants - Anorectal - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
SOLESTA IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 50-15 MG/ML (4) (dextranomer microspheres/hyaluronate sod in 0.9 % sodium chl)	Tier 3	KP
<b>Tissue Bulking Implants - Ureteral - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
DEFLUX IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 50-15 MG/ML (1) (dextranomer microspheres/hyaluronate sod in 0.9 % sodium chl)	Tier 3	KP
<b>Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics</b>		
<b>Adyuvante Farmacéutico - Adyuvantes De Vacunas</b>		
VAXCHORA BUFFER COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (cholera vaccine buffer component)	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos</b>		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión</b>		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hypromellose powder</i>	Tier 3	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes</b>		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave</b>		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)</b>		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas</b>		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Tabletas</b>		
<i>cellulose (bulk) powder</i>	Tier 3	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación</b>		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 3	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Tier 1	
<b>Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales</b>		
MX-SOL SF ORAL LIQUID (compounding vehicle sugar-free no.9)	Tier 3	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Tier 3	
SYRPALTA VEHICLE ORAL SYRUP (compounding vehicle syrup no.15)	Tier 3	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Tier 3	
<b>Dermatological - Antifungal Combinations</b>		
<i>citric acid anhydrous (bulk) granules 100 %</i>	Tier 3	
<b>Dermatological - Antipruritics</b>		
<i>polysorbate 80 solution</i>	Tier 3	
<b>Dermatological - Antipsoriatic Combinations</b>		
GEL VEHICLE FOR NEXOBRID TOPICAL GEL (vehicle gel for anacaulase-bcdb)	Tier 3	
<b>Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations</b>		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS TOPICAL LIQUID (liquid base no.261)	Tier 3	
<b>Dermatological - Antiviral, Herpes</b>		
CAPSULE #1 ORAL CAPSULE (gelatin capsules (empty))	Tier 3	
<b>Dermatological - Nsaid Combinations</b>		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Tier 3	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Tier 3	
PURATHICK ORAL POWDER (maltodextrin/tara gum)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURATHICK ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/tara gum)	Tier 3	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Tier 3	
THICK AND EASY ORAL POWDER (starch)	Tier 3	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Tier 3	
<b>Dermatological Antipruritics - Antihistamines</b>		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Tier 3	
<b>Miotics - Direct Acting</b>		
<i>olive oil oil</i>	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Miotics</b>		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Tier 3	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Tier 3	
<i>sesame oil oil</i>	Tier 3	
<i>sodium succinate powder</i>	Tier 3	
<b>Químicos - Agentes Criopreservativos</b>		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Tier 3	
<b>Químicos Al Granel</b>		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Tier 3	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Tier 3	
<i>balsam peru (bulk) liquid</i>	Tier 3	
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Tier 3	
<i>citric acid anhydrous (bulk) granules 100 %</i>	Tier 3	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Tier 3	
<i>guaiacol liquid</i>	Tier 3	
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydroxyethyl methacrylate, bulk liquid 96 %</i>	Tier 3	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Tier 3	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Tier 3	
<b>Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear</b>		
<b>Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Tier 1	
<b>Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics</b>		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylenol)	Tier 3	
<b>Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics</b>		
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<b>Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Tier 1	
<b>Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS, SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Tier 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops, suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Tier 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Tier 1	
<b>Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein IIb/IIIa Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants</b>		
<b>Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants</b>		
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Tier 3	
<b>Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants</b>		
<i>phenol liquid</i>	Tier 3	
<b>Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants</b>		
<i>glutaraldehyde solution 25 %</i>	Tier 3	
<b>Platelet Aggregation Inhibitors - Monoclonal Agents - Antiseptics And Disinfectants</b>		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagflu/e.water)	Tier 3	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 3	
<b>Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants</b>		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Tier 3	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Tier 3	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Tier 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Productos Vaginales - Drugs For Women</b>		
<b>Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections</b>		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clindamycin HCL, Clindamycin Palmitate HCL, Clindamycin Phosphate, Metronidazole, or Tinidazole in 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Tier 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate 1% gel in 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Tier 3	
<b>Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women</b>		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Tier 3	
<b>Antidiarrheals - Drugs For Women</b>		
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Tier 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Tier 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (estradiol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Estradiol and Premarin in 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Estradiol and Premarin in 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Tier 2	
estradiol (Yuvafem Vaginal Tablet 10 Mcg)	Tier 1	
<b>Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections</b>		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Tier 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Tier 1	
<b>Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections</b>		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Tier 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Tier 1	
<b>Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections</b>		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1.3 % (65 mg/5 gram)</i>	Tier 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women</b>		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Tier 3	
<b>Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections</b>		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Tier 3	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Tier 3	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Tier 3	
<b>Sistema Locomotor</b>		
<b>Als Agents - Antisense Oligonucleotide (Aso)</b>		
QALSODY INTRATHECAL SOLUTION 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) (tofersen)	Tier 3	KP
<b>Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists</b>		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Tier 3	PA
<b>Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator</b>		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<b>Agente Antimiasténicos - Inhibidores De Colinesterasa Reversible - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Tier 1	
<b>Agente De Terapia Musculoesquelética - Sustituto De Tejido Articular - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
MACI IMPLANT SHEET 500,000 CELL/ CM2 (3CM X 5CM) (autologous cultured chondrocytes/collagen, porcine)	Tier 3	KP
<b>Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 3	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 3	
<b>Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Tier 3	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 3	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Tier 3	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Tier 3	PA
<b>Atrofia Muscular Espinal - Oligonucleótido Antisentido De Inclusión Exón - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
SPINRAZA (PF) INTRATHECAL SOLUTION 12 MG/5 ML (nusinersen sodium/PF)	Tier 3	KP
<b>Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Salicilato - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Tier 1	
orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Tier 3	QL (4 EA per 1 day)
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Relajante Musculo Esquelético Y Comb. De Irritante Tópico Y Antiirritante - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
CYCLOPAK KIT 5 MG-2.5 %- 2.5 % (cyclobenzaprine/lidocaine/prilocaine/glycerin)	Tier 3	
NOPIOID-LMC KIT COMBO PACK, TABLET AND PATCH 7.5 MG- 4 %-4 % (cyclobenzaprine HCl/lidocaine/menthol)	Tier 3	
<b>Relajante Musculo Esquelético, Salicilato, Y Comb. De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<b>Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<b>Sedative-Hypnotic - Antihistamines - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
<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>	Tier 1	KP
<i>baclofen intrathecal syringe 50 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 1	KP
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (16 EA per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Chlorzoxazone 500mg in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Tier 3	QL (1 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 3	QL (3 EA per 1 day)
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Tier 3	
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Tier 3	
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)	Tier 3	KP
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 2,000 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (baclofen)	Tier 3	KP
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Tier 3	PA
<i>metaxalone oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 3	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (8 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 6 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<b>Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
EXSERVAN ORAL FILM 50 MG (riluzole)	Tier 3	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 3	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 3	PA
<b>Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones</b>		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 3	PA; KP
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA; KP
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Tier 3	PA; KP
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Tier 3	PA; KP
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 3	PA; KP
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Tier 2	PA; KP
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Tier 2	PA; KP
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA; KP
<b>Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Tier 3	

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Soluciones De Preservación De Órganos</b>		
<b>Microplegic Solutions</b>		
<i>microplegic solution no.1 perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Tier 1	KP
<i>microplegic solution no.1-cp2d perfusion solution 7.84 %-8.56 % (0.92 molar)</i>	Tier 1	KP
<b>Soluciones De Preservación De Órganos - Drugs For The Heart</b>		
<b>Antihypertensive - Fluoroquinolone Vasodilators - Drugs For The Heart</b>		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA PERFUSION SOLUTION 26 MEQ/1,052.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.16)	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM PERFUSION SOLUTION 108 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.10)	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA IND 4:1 PLASMALYT PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/542 ML (POTASSIUM) (cardioplegic no.23 (induction 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA IND 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 48 MEQ/522.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.27 (induction 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH PERFUSION SOLUTION 70 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.18 (induction 8:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/415 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.22 (induction 4:1))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.30 (induction 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1 PERFUSION SOLUTION 100 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.15 (induction 8:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA MAIN 8:1 NO-ENRCH PERFUSION SOLUTION 24 MEQ/300 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.32 (maintenance 8:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 PLASMA PERFUSION SOLUTION 30 MEQ/1,047 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.31 (maintenance 4:1))	Tier 3	KP
CARDIOPLEGIA MAINT 4:1 RINGER PERFUSION SOLUTION 12 MEQ/504.8 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.29 (maintenance 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 20 MEQ/810 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.20 (maintenance 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/L (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.26 (maintenance 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1 PERFUSION SOLUTION 36 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.14 (maintenance 8:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/477.5 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.21 (reperfusate 4:1))	Tier 1	KP
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 15 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.28 (reperfusate 4:1))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1 PERFUSION SOLUTION 7.5 MEQ/238.75 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.24 (reperfusate 4:1))	Tier 3	KP
CARDIOPLEGIA WARM INDUCT 4:1 PERFUSION SOLUTION 40 MEQ/500 ML (POTASSIUM) (cardioplegic solution no.33 (warm induction 4:1))	Tier 3	KP
<i>cardioplegic no.17(induct 4:1) perfusion solution 50 meq/500 ml (potassium)</i>	Tier 1	KP
<i>cardioplegic no.19 (maint 4:1) perfusion solution 40 meq/l (potassium)</i>	Tier 1	KP
<i>cardioplegic soln perfusion solution 16 meq/l (= k+)</i>	Tier 1	KP
<i>cardioplegic solution no.25 perfusion solution 29 mmol/l (potassium)</i>	Tier 1	KP
<b>Soluciones Cardioplégicas Y Otras Relacionadas De Preservación De Órganos - Drugs For The Heart</b>		
CUSTODIOL HTK PERFUSION SOLUTION 9 MMOL-198 MMOL -2 MMOL/L (cardioplegic and organ preservation solution no.1)	Tier 3	KP
<b>Suministro Médico, Súper Equipo Fdb</b>		
<b>Suministro Médico, Súper Equipo Fdb</b>		
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)	Tier 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)	Tier 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	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 GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (lancing device/lancets)	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 SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
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)	Tier 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 3	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Tier 3	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	

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

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Tier 3	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies,miscell)	DME	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 3 X 3 ", 5 X 5 ", 7 X 7 ", 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN HEEL TOPICAL BANDAGE 4 1/2 X 5 1/2 " (foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 5 1/16 X 5 1/16 ", 6 1/16 X 6 1/16 ", 8 1/4 X 8 1/4 " (foam bandage)	Tier 3	
ALLEVYN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (foam bandage)	Tier 3	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Tier 3	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Tier 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 3	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 3	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
ASPYRERX DIGITAL APP (90-DAY) (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for T2DM)	Tier 3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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 ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Tier 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	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
BARDEX I.C. FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD 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)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin U-500 with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Tier 3	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 3	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Tier 3	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 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	
<i>blood glucose ctl high,nml,low solution</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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
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	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Tier 3	
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 3	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 3	
BREATHERITE SPACER-MASK, S.CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 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	
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic, disc-type)	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)	Tier 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 3	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 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 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESOFT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 3	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Tier 3	PA
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	DME	PA
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	
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)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 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	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Tier 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 3	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Tier 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 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Tier 3	
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 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER KIT (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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
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)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Tier 3	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 3	
CURAD XEROFORM PETROLATM DRESS TOPICAL BANDAGE 1 X 8 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 3	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Tier 3	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 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)	Tier 3	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR DEVICE (blood-glucose meter,for mobile device)	DME	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	
DIATRUE CONTROL SOLN 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Tier 1	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Tier 3	
DOVER FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Tier 3	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Tier 3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
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))	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 3	
DUREX AIR CONDOM 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 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)	Tier 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 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY 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, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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 STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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 BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 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 dispoisible, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRNG-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)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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)	Tier 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)	Tier 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 dispoible, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TRAK 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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 II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 3	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Tier 3	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 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	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	
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 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)	Tier 1	
EMBRACE PRO 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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 TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ENDEAVORRX (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for ADHD)	Tier 3	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Tier 3	
<i>eua patient assessment</i>	Tier 3	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 3	
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 3	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
<i>filter needles needle 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Tier 3	
FILTERED EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set with filter)	Tier 3	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Tier 3	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR 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: 07/01/2024

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	
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D15G STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA D20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA D20 STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA HIGH CONTROL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
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	
FORA V10 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V20 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORA V30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA V30A STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FORACARE GD40A 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	
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM (transfer device, closed system)	Tier 3	
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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter,continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 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	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	
GLUCOCARD SHINE XL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 3	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 3	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 3	PA
HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR (connector luer lock, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED BAG ADAPTOR (infusion adapter, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED LINE ADAPTOR (connector luer lock, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 3	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 3	
HALO VIAL CONVERTER DEVICE 13 MM (vial size converter, closed system)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET (lancing device)	DME	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
HI-VOLUME PUMPING CHAMBER SET (transfer sets)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 3	
IGLUOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
IGLUOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INFINITY 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
INSUFロン INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Tier 3	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

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 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>	Tier 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Tier 3	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Tier 3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
I-PORT (injection ports)	Tier 3	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 3	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET BLOOD ADMINISTRATION SET (blood administration set)	Tier 3	
IVENIX LVP EPIDURAL ADMIN SET EPIDURAL INFUSION SET (epidural administration set)	Tier 3	KP
IVENIX LVP EPIDURAL SET NRFIT EPIDURAL INFUSION SET (epidural administration set)	Tier 3	KP
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Tier 3	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Tier 3	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Tier 3	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Tier 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Tier 3	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 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	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-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	
<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)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Tier 3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
LOFRIC HYDRO-KIT COMBO PACK 14 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 3	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 3	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics, amblyopia)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Tier 3	
MAHANA IBS (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 3	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
MAXORB EXTRA TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (alginate dressing/carboxymethylcellulose)	Tier 3	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Tier 3	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Tier 3	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Tier 3	
MEDIHONEY (HYDROCOLLOID-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 " (honey/hydrocolloid dressing)	Tier 3	
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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
MICROBORE EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set)	Tier 3	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
MIDASPOC COVID19 ANTIBODY TEST KIT (COVID-19 IgG/IgM test cassette)	Tier 3	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies,miscell)	DME	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 3	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 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)	Tier 3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin disposable)	Tier 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)	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Tier 3	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (syringe with needle,disposable)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Tier 1	
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)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
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)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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	
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
<i>nebulizer and compressor device</i>	Tier 3	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 3	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper, brief, youth, disposable)	Tier 3	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Tier 3	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
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)	Tier 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 3	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 3	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Tier 3	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, automated dosing, BT with controller)	Tier 2	KP
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 2	KP
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/G7 with controller)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/G7)	Tier 2	KP
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, radio freq)	Tier 2	KP
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, continuous infusion, BT and controller)	Tier 2	KP
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, bluetooth)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 2	KP
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 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	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ON CALL PLUS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ON CALL VIVID METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL VIVID PAL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
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 FLEX START KIT (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 KIT (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-THE-GO 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 3	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 3	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OPTUMRX (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX KIT (blood-glucose meter)	DME	
OPTUMRX SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
OPTUMRX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Tier 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Tier 3	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Tier 3	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC DOG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PEDIATRIC FROG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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)	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
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" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Tier 3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 3	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Tier 3	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Tier 3	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Tier 3	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Tier 3	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Tier 3	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 3	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Tier 3	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Tier 3	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Tier 3	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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	
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)	Tier 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 3	
PLATINUM GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PORTABLE NEBULIZER SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
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	
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	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 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Tier 3	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 3	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 3	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 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	
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)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Tier 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Tier 3	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 3	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 3	
PTS COLLECT CAPILLARY TUBE (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PURACOL PLUS AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2.2 " (dressing, collagen/silver)	Tier 3	
PURE COMFORT 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Tier 3	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RATE FLOW REGULATOR IV SET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 3	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 3	
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	
REGULORA IBS DIGITAL APP (digital therapeutics, cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 3	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 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	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
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	
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Tier 3	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 3	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 3	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 6 X 6 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 3	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 3	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Tier 3	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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 GC250S CNTRL SOL NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GM550 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Tier 3	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Tier 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)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Tier 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)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 3	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Tier 3	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 3	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Tier 3	
SIDESTREAM (nebulizer)	Tier 3	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Tier 3	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Tier 3	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 3	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Tier 3	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Tier 3	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 3	
SILINOIN TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
SKARLITE TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 3	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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	
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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 3	
SOFT TOUCH LANCETS (lancets)	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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Tier 3	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 3	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 3	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SUPPOSITORY SHELL, SMALL DEVICE (suppository mold)	Tier 3	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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)	Tier 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Tier 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Tier 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 3	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Tier 3	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking, knee high, long length, small circumferen)	Tier 3	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 3	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 3	KP
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 3	KP
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	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	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TD GOLD TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	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)	Tier 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))	Tier 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))	Tier 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)	Tier 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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)	Tier 3	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 3	
TENS CARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Tier 3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
THERA HONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 3	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 3	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Tier 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Tier 3	
TRANSFER SET (transfer sets)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUESTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
TRUNEB NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Tier 1	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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))	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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)	Tier 1	
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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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))	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 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)	Tier 1	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
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))	Tier 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)	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 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	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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)	Tier 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	
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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 3	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 3	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
VERIFINE 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 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024



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)	Tier 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)	Tier 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Tier 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Tier 3	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Tier 3	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
VIXONE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 3	
VIXONE NEBULIZER-ADULT MASK (nebulizer)	Tier 3	
VIXONE NEBULIZER-PEDIATRIC MSK (nebulizer)	Tier 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 3	
WAVESENSE AMP KIT (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
WAVESENSE JAZZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WAVESENSE PRESTO (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE PRESTO KIT (blood-glucose meter)	DME	
WAVESENSE PRESTO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 3	
XENOVUE EMPTY DELIVERY BAG (inhalation bag with mouthpiece)	Tier 3	
XEROFORM NON-OCCLUSIVE TOPICAL BANDAGE 4 X 3 "-YARD (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 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)	Tier 3	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 3	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 3	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Tier 3	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals</b>		
<b>Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals</b>		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Tier 3	
<i>st. john's wort oral capsule 350 mg</i>	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals</b>		
<i>acetylglucosamine oral capsule 700 mg</i>	Tier 3	
COSAMIN AVOCA (WITH BOSWELLIA) ORAL TABLET 500-500-33.3-70 MG (glucosamine HCl/methylsulfonylmethane/Boswellia/herbal 182)	Tier 3	
<i>glucosam-chondr-c-mang citrate oral capsule 375-300-15-0.25 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine hcl-hyaluronic oral tablet 1,000-1.65 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 3	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOSAMINE-CHONDROITIN 3X ORAL TABLET 750-625-30 MG (glucosamine/chondroitin-msm no.1/C/manganese/boswellia serrata)	Tier 3	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosamine-msm-hyaluron acid oral tablet 500-500-1.1 mg</i>	Tier 3	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Tier 3	
INVIGOFLEX AMPM ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 750 MG-600 MG- 50 MG-125 MG (glucosamine dipot chl/chondroitin sul A Na/Boswell/turmeric)	Tier 3	
INVIGOFLEX CS ORAL TABLET 600-125 MG (chondroitin sulfate/turmeric)	Tier 3	
INVIGOFLEX D ORAL POWDER IN PACKET 1,500 MG (glucosamine sulfate)	Tier 3	
INVIGOFLEX GS ORAL TABLET 750-50 MG (glucosamine sulfate dipotassium chlor/Boswellia serrata ext)	Tier 3	
MOVE FREE PLUS MSM ORAL TABLET 500 MG-66.7 MG- 500 MG-1.1 MG (glucosamine/chondroitin/msm/hyaluronic ac/calc fructoborate)	Tier 3	
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/cal borate)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc/brom)	Tier 3	
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Tier 3	
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals</b>		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 3	
SLOWMAG MG CALM-SLEEP ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1-71.5 MG (melatonin/magnesium citrate)	Tier 3	
<b>Ophthalmic-Intraocular Pressure Reducing Agents, Prostaglandin Analogs - Vitamins And Minerals</b>		
SLEEP TONITE VALERIAN ORAL TABLET 750-100-25 MG (valerian xt/passion flower/hops/chamomile flower/skullcap)	Tier 3	
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Tier 3	
<i>tryptophan oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>valerian root-valerian root xt oral capsule 400-110 mg</i>	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>valerian-flower-hops-lemon oral capsule 450-100 mg</i>	Tier 3	
<b>Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals</b>		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Tier 3	
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Tier 3	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Tier 3	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Tier 3	
<b>Terapia Alternativa - Agentes De Tos Y Resfriado - Vitamins And Minerals</b>		
BABY COUGH ORAL SYRUP 4 GRAM-45 MG- 9 MG/3 ML (agave extract/thyme leaf extract/English ivy extract)	Tier 3	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Tier 3	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Tier 3	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Tier 3	
<b>Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals</b>		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,zinc,copper 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Tier 3	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Tier 3	
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Tier 3	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Tier 3	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Tier 3	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Tier 3	
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Tier 3	
ALPHA LIPOIC SUSTAIN-BIOTIN ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 300 MG- 330 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Tier 3	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Tier 3	
<i>bilberry frt ext-grape skin xt oral capsule 80-200 mg</i>	Tier 3	
CAROTENALL ORAL CAPSULE 600 MCG-500 MCG -10 MG-10 MG (beta,alpha-carotene/gamma toco/lycop/lutein/zeaxanth/astaxan)	Tier 3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Tier 3	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Tier 3	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Tier 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)	Tier 3	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Tier 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 20-4 mg, 40-1,600 mg-mcg</i>	Tier 3	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Tier 3	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Tier 3	
MACULAPF ORAL CAPSULE 10-20-13-4 MG (choline/lutein/zeaxanthin/astaxanthin)	Tier 3	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Tier 3	
NUMAQUA VITAMIN ORAL TABLET 333 MCG-3 MG-0.67 MG (multivitamin with minerals/folic acid/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET,CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 3	
<i>r-lipoic acid-biotin oral capsule 100 mg-150 mcg</i>	Tier 3	
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 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)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos  
 PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME  
 PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 3	
<b>Terapia Alternativa - No Clasificado - Vitamins And Minerals</b>		
ACAI BERRY DIET ORAL CAPSULE 250 MG-20 MCG- 80 MG-50 MG (acai berry extract/chromium/green tea/caffeine/enzymes)	Tier 3	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Tier 3	
ADVANCED HERBALS NAUSEA MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 15.625-12.5 MG (ginger root extract/ashwagandha root extract)	Tier 3	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 300 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Tier 3	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Tier 3	
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Tier 3	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Tier 3	
AZO MEN ORAL CAPSULE 500 MG (pumpkin seed extract)	Tier 3	
<i>balsam peru (bulk) liquid</i>	Tier 3	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Tier 3	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Tier 3	
<i>borage seed oil oral capsule 1,200 mg</i>	Tier 3	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) (peppermint oil)	Tier 3	
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Tier 3	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
CITRUS BERGAMOT ORAL CAPSULE 500 MG (bergamot extract)	Tier 3	
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Tier 3	
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Tier 3	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet,disintegrating 125 mg</i>	Tier 3	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Tier 3	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Tier 3	
CRANRX ORAL CAPSULE 500 MG (cranberry fruit concentrate)	Tier 3	
<i>curcumin-phosphatidylcholine oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Tier 3	
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Tier 3	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET, CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Tier 3	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Tier 3	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Tier 3	
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Tier 3	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Tier 3	
<i>elderberry fruit oral capsule 350 mg</i>	Tier 3	
ELLURA ORAL CAPSULE 206 MG (cranberry fruit extract)	Tier 3	
ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Tier 3	
ESTROVERA ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Tier 3	
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Tier 3	
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Tier 3	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Tier 3	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 3	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Tier 3	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 3	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Tier 3	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Tier 3	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Tier 3	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Tier 3	
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Tier 3	
<i>green tea leaf extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Tier 3	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Tier 3	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Tier 3	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Tier 3	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Tier 3	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Tier 3	
<i>milk thistle oral capsule 150 mg</i>	Tier 3	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Tier 3	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 3	
MOVE FREE ULTRA TURMERIC-TAMAR ORAL TABLET 250 MG (tamarindus indica seed/turmeric root extract)	Tier 3	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Tier 3	
NEURIVA DE-STRESS ORAL CAPSULE 100-200-10 MG (coffee extract/theanine/superoxide dismutase)	Tier 3	
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 3	
NRF2 ACTIVATOR ORAL CAPSULE 200-200-50-30 MG (turmeric xt/green tea xt/pterostilbene/broccoli seed xt)	Tier 3	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Tier 3	
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Tier 3	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Tier 3	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Tier 3	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Tier 3	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Tier 3	
<i>pterostilbene oral capsule 50 mg</i>	Tier 3	
<i>red beet root-sour cherry ext oral tablet,chewable 250-0.5 mg</i>	Tier 3	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Tier 3	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Tier 3	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Tier 3	
<i>resveratrol-ascorbic acid oral capsule 100-100 mg</i>	Tier 3	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Tier 3	
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Tier 3	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg</i>	Tier 3	
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Tier 3	
<i>shilajit oral capsule 250 mg</i>	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Tier 3	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Tier 3	
<i>turmeric root extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 3	
<i>turmeric root extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	
<i>turmeric root-ginger root ext oral tablet, chewable 150-25 mg</i>	Tier 3	
<i>turmeric-ginger-black pepper oral tablet, chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg</i>	Tier 3	
<i>turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg</i>	Tier 3	
<i>valerian root oral capsule 450 mg</i>	Tier 3	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Tier 3	
<i>vit c-echinacea purpurea xt oral tablet, chewable 75-3 mg</i>	Tier 3	
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Tier 3	
<b>Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever</b>		
<b>Gota E Hiperuricemia - Combinaciones Antimióticas-Uricosúricas - Gout Drugs</b>		
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Tier 3	
<b>Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs</b>		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Tier 1	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Colchicine capsules or tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<b>Terapia De Hiperuricemia - Comb De Inhibidor De Urat1 E Inhibidor De Xantina Oxidasa - Gout Drugs</b>		
DUZALLO ORAL TABLET 200-200 MG, 200-300 MG (lesinurad/allopurinol)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Allopurinol in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Tier 3	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Allopurinol in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<b>Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs</b>		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia De Trastorno Cognitivo</b>		
<b>Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs</b>		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System</b>		
<b>Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease</b>		
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adlarity, Donepezil HCL, Memantine HCL, or Namenda XR in 365 days; QL (28 EA per 28 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adlarity, Donepezil HCL, Memantine HCL, or Namenda XR in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<b>Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease</b>		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Tier 3	PA
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<b>Terapia De Enfermedad De Alzheimer - Antagonistas De Receptores De Nmda - Drugs For Alzheimer's Disease</b>		
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Memantine immediate release tablets in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Tier 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Tier 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Memantine immediate release tablets in 120 days; QL (28 EA per 28 days)
<b>Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease</b>		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System</b>		
<b>Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections</b>		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate</b>		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Alfuzosin HCL, Doxazosin Mesylate, Finasteride 5mg, Prazosin HCL, Silodosin, Tamsulosin HCL, or Terazosin HCL in 120 days
<b>Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate</b>		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<b>Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System</b>		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Tier 2	
<b>Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate</b>		
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	
<b>Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-Ht-2) Antagonists - Drugs For The Urinary System</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	
<b>Antacid - Aluminum - Drugs For Infections</b>		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antacid - Antacid Combinations - Drugs For The Prostate</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Tier 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Tier 1	
<b>Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System</b>		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 3	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 3	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 3	PA
<b>Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System</b>		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Tier 3	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Tier 3	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 300 mg</i>	Tier 3	
<b>Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System</b>		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Tier 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Tier 3	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Tier 1	
<b>Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System</b>		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<b>Antacids And Combinations - Drugs For Infections</b>		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Tier 3	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 10 MEQ (potassium citrate/magnesium citrate/sodium bicarbonate)	Tier 3	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Tier 3	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Tier 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Tier 3	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 500-334 mg/5 ml</i>	Tier 3	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Tier 3	
<b>Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections</b>		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections</b>		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Tier 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Tier 3	
<b>Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections</b>		
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	
<b>Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections</b>		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Tier 3	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate,monobasic)	Tier 3	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Tier 3	
<b>Antiespasmódico Urinario - Anticol., Selectivo Muscarínico M(3) (Vejiga) - Drugs For The Bladder</b>		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder</b>		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Tier 3	
<b>Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder</b>		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 10 % (100 MG/GRAM) (oxybutynin chloride)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days; QL (1 GM per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Tier 1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
<b>Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate</b>		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Tier 3	
<b>Combinaciones De Metenamina- Antiespasmódicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections</b>		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Tier 1	
<b>Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections</b>		
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Tier 3	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 3	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 3	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 3	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System</b>		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System</b>		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Tier 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)	Tier 3	PA
<b>Enlaces De Fosfato - Con Base De Hierro - Drugs For The Urinary System</b>		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Tier 2	QL (6 EA per 1 day)
<b>Oxalosis Agent - Oxalate Inhibitor, Small Interfering Rna Directed - Drugs For The Urinary System</b>		
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) (nedosiran sodium)	Tier 3	KP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder</b>		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Tier 3	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (mirabegron)	Tier 3	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<b>Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate</b>		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<b>Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders</b>		
<b>Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders</b>		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Megestrol Acetate 40mg/mL suspension 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders</b>		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 3	QL (60 ML per 30 days)
<b>Thyroid Therapy</b>		
<b>Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor</b>		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Tier 3	PA
<b>Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism</b>		
<b>Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Cofactor De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism</b>		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Tier 3	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Tier 3	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 3	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 3	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 3	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Tier 3	
<b>Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Liasa De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism</b>		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Agentes De Tratamiento De Hiperparatiroides - De Tipo Análogo De Vitamina D - Drugs That Alter Metabolism</b>		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Tier 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<b>Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) - Drugs That Alter Metabolism</b>		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (uridine triacetate)	Tier 3	PA
<b>Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism</b>		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Tier 3	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Tier 3	PA
<b>Modificador Metabólico - Activador De Carbamil Fosfato Sintetasa 1 (Cps 1) - Drugs That Alter Metabolism</b>		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	Tier 3	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism</b>		
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 3	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 3	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Tier 3	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Tier 3	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Tier 3	PA
<b>Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism</b>		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 3	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 3	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 3	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Tier 3	PA
<b>Modificador Metabólico - Enfermedad De Gaucher, Tipo 1, Tx De Reducción De Sustrato - Drugs That Alter Metabolism</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (eliglustat tartrate)	Tier 3	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Tier 3	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Nsaid Analgesic, Cyclooxygenase-2 (Cox-2) Selective Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism</b>		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (cobicistat)	Tier 2	
<b>Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism</b>		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Tier 3	PA
<b>Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism</b>		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Tier 3	PA
<b>Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism</b>		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Tier 3	PA
<b>Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism</b>		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Tier 3	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 1	
<b>Vitamins - E</b>		
<b>Ophthalmic Antiparasitics</b>		
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Vitamins - E - Drugs For The Eye</b>		
<b>Anthelmintic Agents Other - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.5-2.5-0.5 % (tropicamide/propranolol/phenylephrine/ketorolac in water)	Tier 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Tier 2	
<b>Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin HCl)	Tier 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Tier 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Tier 3	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Tier 1	
<b>Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<b>Antifúngicos Oftálmico - Tipo Tetraeno Poliénico - Drugs For The Eye</b>		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 3	
<b>Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Tier 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Tier 2	
<b>Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Tier 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos Preferidos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas Preferidos | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos

PV = Beneficios de Cuidados Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) | DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad | KP = Cubiertos bajo el nivel HMO de su plan POS por medio de farmacia KP

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Tier 1	
<b>Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 120 days
<b>B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Tier 1	
<b>Beta Blockers Non-Cardiac Select., Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Eye</b>		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Tier 3	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Tier 3	
<b>Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma</b>		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Tier 3	
<b>Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye</b>		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Tier 3	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Tier 1	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Tier 1	
<b>Lagrmas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye</b>		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Tier 3	
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG (hydroxypropyl cellulose)	Tier 3	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Tier 3	PA
<b>Medical Supplies And Dme - Cervical Caps - Drugs For The Eye</b>		
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab/needle, initial fill, filter)	Tier 3	PA; KP
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Mezclas Antibacteriales Oftálmicas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Tier 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Tier 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
<b>Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Sodium, Ilevro, or Ketorolac Tromethamine in 365 days; QL (60 EA per 15 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (3 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (3.4 ML per 16 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Tier 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Tier 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Tier 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Sodium, Ilevro, or Ketorolac Tromethamine in 365 days; QL (9 ML per 16 days)
<b>Oftálmico - Agentes De Diagnósticos - Drugs For The Eye</b>		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Tier 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Tier 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Tier 3	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Tier 3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Agentes Para Entrecruzamiento De Colágeno Corneal - Drugs For The Eye</b>		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Tier 3	
PHOTREXA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium (B2))	Tier 3	
PHOTREXA VISCOUS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, VISCOUS 0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Tier 3	
<b>Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye</b>		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
HEALON ENDOCOAT INTRAOCULAR SYRINGE 30 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Tier 3	KP
<b>Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye</b>		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Tier 3	
<b>Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye</b>		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) ointment 1 %</i>	Tier 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Tier 1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Tier 1	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye</b>		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (12 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Azelastine HCL, Epinastine HCL, or Olopatadine HCL in 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Tier 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Tier 3	QL (60 EA per 30 days)
<b>Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
<b>Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Tier 3	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Tier 1	QL (10 GM 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>Iloteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>Iloteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Tier 3	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Oftálmico - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Cyclosporine, Restasis Multidose, or Xiidra in 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Tier 1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Tier 2	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Tier 3	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Tier 3	PA
<b>Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye</b>		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Tier 3	
<b>Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Tier 1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Tier 1	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Tier 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Tier 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops in 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Tier 3	
<b>Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes</b>		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.09 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dorzolamide HCL/Timolol Maleate in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye</b>		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Tier 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Degeneración Macular, Relacionados Con La Edad, Agentes De Terapia - Drugs For The Eye</b>		
SUSVIMO (INITIAL FILL) INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab/needle, initial fill, filter)	Tier 3	PA; KP
SUSVIMO INTRAVITREAL SOLUTION 10 MG/0.1 ML (ranibizumab)	Tier 3	PA; KP
<b>Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye</b>		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye</b>		
ALOCRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % (nedocromil sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Cromolyn 4% ophthalmic drops in 120 days; QL (20 ML per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (Iodoxamide tromethamine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Cromolyn 4% ophthalmic drops in 120 days; QL (40 ML per 30 days)
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Tier 1	QL (50 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye</b>		
proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)	Tier 1	
ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)	Tier 1	
IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE, GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)	Tier 3	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye</b>		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Tier 3	PA
<b>Oftálmico - Inhibidor De Quinasa De Rho Y Combinación De Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma</b>		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (netarsudil mesylate/latanoprost)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Brimonidine Tartrate, Brimonidine Tartrate/Timolol , Brinzolamide, Latanoprost, Lumigan, Simbrinza, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
<b>Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Tier 1	
<b>Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Tier 1	QL (1 ML per 12 days)
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Tier 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Tier 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Tier 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Tier 3	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma</b>		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Tier 3	ST: Must meet 2 of the following requirements: Brimonidine Tartrate, Brimonidine Tartrate/Timolol , Brinzolamide, Latanoprost, Lumigan, Simbrinza, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
<b>Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma</b>		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Tier 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Tier 3	
<b>Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye</b>		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Tier 3	PA
<b>Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye</b>		
Vuity OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye</b>		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Tier 3	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Tier 3	PA
<b>Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 3	
<b>Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

# ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	554, 658	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO .....	579, 659	ACTICOAT SURGICAL DRESSING.....	445
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	555, 658	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS.....	579, 659	ACTIFLOVIT.....	260
2-IN-1 LANCET DEVICE .....	579, 658	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....	580, 659	ACTI-LANCE LANCETS .....	580, 660
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....	579, 659	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP.....	618, 659	ACTIMMUNE.....	1
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....	579, 615, 659	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS.....	580, 659	<i>activated charcoal</i> .....	37
A-25 (VIT A PALMITATE)....	260	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....	580, 660	ACTIVE-PAC.....	324, 382
<i>abacavir</i> .....	18	Accutane.....	518	ACTIVNUTRIENTS.....	276
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	16	ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL.....	580, 660	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....	276
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S.....	276	ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS.....	618, 660	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE.....	276
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT....	326, 355	ACD SOLUTION A.....	228	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN.....	276
ABILIFY MYCITE STARTER KIT.....	326, 355	ACD-A.....	228	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....	276
<i>abiraterone</i> .....	153, 156	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....	629, 660	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON).....	276
ABLYSINOL.....	180	<i>acebutolol</i> .....	211	ACUICYN.....	496
ABRILADA(CF).....	53, 100, 133	ACESO AG.....	445	ACUVAIL (PF).....	809
ABRILADA(CF) PEN .....	53, 100, 133	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> .....	112, 126	<i>acyclovir</i> .....	12, 13, 439
ABRYSVO (PF).....	295	<i>acetaminophen-codeine</i> .....	131	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	301
ABSORICA LD.....	518	<i>acetazolamide</i> .....	181	ADAINZDE.....	513
ACAI BERRY DIET.....	782	<i>acetic acid</i> .....	644, 792	ADAINZOXIA.....	514
<i>acamprosate</i> .....	320	<i>acetylcarnitine</i> .....	259	<i>adalimumab-aacf</i> ... 53, 100, 133	
<i>acarbose</i> .....	416	<i>acetylcysteine</i> .....	95, 176	<i>adalimumab-aaty</i> ... 53, 100, 133	
ACCRUFER.....	253	<i>acetylglucosamine</i> .....	776	<i>adalimumab-adaz</i> .. 54, 100, 133	
ACCUCAINE KIT.....	138, 466	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....	60	<i>adalimumab-adbm</i> .54, 101, 133	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN.....	579, 659	ACIDOPHILUS-PECTIN.....	46	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS.....	54, 101, 133
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP.....	618, 659	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> .....	60	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV.....	54, 101, 134
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....	579, 659	ACIOXIA.....	467	<i>adalimumab-fkjp</i> .... 54, 101, 134	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV.....	579, 659	ACIOXIAY.....	501	<i>adalimumab-ryvk</i> ... 54, 101, 134	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER....	579, 659	ACIPHEX SPRINKLE.....	42	<i>adapalene</i> .....	516
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....	579, 659	<i>acitretin</i> .....	452	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 514	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....	579, 659	ACT DRY MOUTH.....	312	ADASUVE.....	356
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....	618, 659	ACTEMRA.....	127	ADBRY.....	449
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET.....	579, 659	ACTEMRA ACTPEN.....	127	<i>adefovir</i> .....	29
		ACTHAR.....	400	ADEINZDE.....	513
		ACTICOAT 7 DRESSING...445		ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....	269
		ACTICOAT DRESSING.....445		ADEMPAS.....	202
		ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....	445	ADENO-HYDROXO B12....	251
		ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....	445	<i>adenovirus vac live type-4, 7</i> .....	296, 300

<i>adenovirus vaccine live type-4</i> .....	296, 300	ADVOCATE PEN NEEDLE .....	555, 660	AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP).....	308
<i>adenovirus vaccine live type-7</i> .....	296, 300	ADVOCATE REDI-CODE PLUS .....	580, 618, 661	AFREZZA.....	427
ADJUSTABLE LANCING DEVICE.....	580, 660	ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L.....	580, 661	AFSTYLA.....	225
ADLARITY .....	789	ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH.....	580, 661	AFTER PILL.....	157, 159
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	402	ADVOCATE SYRINGES .....	555, 661	AFTERA.....	157, 159
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO.....	402	ADYNOVATE.....	225	AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS.....	580, 662
ADTHYZA.....	422	ADZENYS XR-ODT ....	367, 374	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS.....	618, 662
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	277, 779	AEMCOLO.....	28	AGAMATRIX CONTROL HIGH.....	580, 662
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC.....	60	AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM.....	630, 661	AGAMATRIX CONTROL NORM-HI.....	580, 662
ADULT ASPIRIN REGIMEN .....	116, 223	AEROCHAMBER MINI.....	630, 661	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2.....	581, 662
ADULT LOW DOSE ASPIRIN.....	116, 223	AEROCHAMBER MV ..	630, 661	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4.....	581, 663
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES.....	277	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU.....	630, 661	AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS.....	618, 663
ADULTS 50 PLUS.....	277	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK.....	630, 661	AGAMREE.....	418
ADULTS MULTIVITAMIN....	277	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK.....	630, 661	AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	385
ADVAIR HFA.....	97	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK.....	630, 661	AIMSCO LATEX CONDOM .....	522, 663
ADVANCE PLUS INTERMITTENT.....	551, 660	AEROCHAMBER PLUS Z STAT.....	630, 662	AIRDUO DIGIHALER.....	97
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT.....	471	AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK.....	630, 662	AIRS DISPOSABLE NEBULIZER.....	529, 663
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP.....	618, 660	AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK.....	630, 662	AIRSUPRA.....	97
ADVANCED GLUCOSE METER.....	580, 660	AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK.....	630, 662	AIRZONE PEAK FLOW METER.....	617, 663
ADVANCED HERBALS GINGER.....	782	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG.....	630, 662	AJOVY AUTOINJECTOR....	393
ADVANCED HERBALS NAUSEA.....	782	AEROECLIPSE II NEBULIZER.....	529, 662	AJOVY SYRINGE.....	393
ADVANCED LANCING DEVICE.....	580, 660	AEROECLIPSE XL NEBULIZER.....	529, 662	AKEEGA.....	140
ADVANCED PROBIOTIC.....	60	AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT.....	616, 662	AKLIEF.....	517
ADVANCED SKIN CARE....	468	AERONEB GO.....	630, 662	AKTEN (PF).....	812
ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	580, 660	AERONEB GO NEBULIZER .....	529, 662	AKYNZEO (NETUPITANT)...	38
ADVATE.....	225	AEROTRACH PLUS....	630, 662	Ala-Cort.....	471
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST.....	526, 660	AEROVENT PLUS.....	630, 662	ALADERM PLUS.....	508
ADVOCATE LANCET ..	580, 660	Afirmelle.....	160	ALAMAX CR.....	779
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	580, 660	AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF).....	308	ALAMAX PROTECT.....	779
				Ala-Scalp.....	471
				<i>albendazole</i> .....	1
				<i>albuterol sulfate</i> .....	91, 92, 93
				Alcaine.....	820
				<i>alclometasone</i> .....	471
				ALCORTIN A.....	460
				ALECENSA.....	145
				<i>alendronate</i> .....	414
				ALFAMINO JUNIOR.....	274
				ALFERON N.....	484



<i>alfuzosin</i> .....	792	ALL FLOW 1000 PFT FILTER.....	630, 663	ALTAFLUOR BENOX..	810, 818
ALINIA.....	2	ALL FLOW 3000 KIT...	630, 663	Altavera (28).....	160
<i>aliskiren</i> .....	205	ALL FLOW 3000 PFT FILTER.....	631, 663	ALTERA NEBULIZER HANDSET.....	529, 664
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3.....	266	ALL FLOW 4000 KIT...	631, 663	ALTERA NEBULIZER SYSTEM.....	529, 664
ALIVE DAILY ENERGY.....	277	ALL FLOW 4000 PFT FILTER.....	631, 663	ALTERNATE SITE LANCET .....	581, 664
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	277	ALL FLOW 5000 KIT...	631, 663	ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....	581, 664
ALIVE ENERGY 50 PLUS...	277	ALL FLOW 5000 PFT FILTER.....	631, 663	ALTOPREV.....	184
ALIVE KIDS CHEWABLE....	293	ALL FLOW 6000 PFT FILTER.....	631, 663	ALTRENO.....	517
ALIVE MAX POTENCY.....	277	ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8".....	531, 663	ALTRIXA.....	269
ALIVE MAX3 POTENCY....	277	ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV...	531, 663	ALTUVIIIIO.....	226
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT.....	277	ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL.....	531, 663	<i>alum, ammonium (bulk)</i> .....	643
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K).....	277	ALLERGY SYRINGE...	531, 663	ALUNBRIG.....	145
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA.....	278	ALLEVYN.....	446, 664	ALVAIZ.....	215
ALIVE MEN'S ENERGY.....	278	ALLEVYN ADHESIVE DRESSING.....	445, 613, 664	ALVESCO.....	83
ALIVE MEN'S GUMMY.....	278	ALLEVYN AG.....	446	<i>alvimopan</i> .....	175
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY.....	278	ALLEVYN AG ADHESIVE...	445	Alyacen 1/35 (28).....	160
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY.....	278	ALLEVYN AG GENTLE DRESSING.....	446	Alyacen 7/7/7 (28).....	169
ALIVE PREMIUM ADULT...	278	ALLEVYN HEEL.....	446, 664	Alyq.....	179
ALIVE PREMIUM KIDS.....	293	ALLEVYN LIFE DRESSING .....	446, 664	Amabelz.....	410
ALIVE PREMIUM MEN'S...	278	<i>allopurinol</i> .....	788	<i>amantadine hcl</i> .....	383
ALIVE PREMIUM PRENATAL.....	278	<i>almotriptan malate</i> .....	389	<i>ambrisentan</i> .....	203
ALIVE PREMIUM WOMEN'S.....	278	ALOCRIL.....	819	<i>amcinonide</i> .....	471
ALIVE PREMIUM WOMEN'S 50 PLUS.....	278	<i>alogliptin</i> .....	429	AMELUZ.....	457
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS (BLEND).....	279	<i>alogliptin-metformin</i> .....	430	Amethia.....	172
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY.....	279	<i>alogliptin-pioglitazone</i> .....	413	Amethyst (28).....	160
ALIVE WOMEN'S ENERGY	279	ALOMIDE.....	819	AMIELLE VAGINAL TRAINER.....	520, 664
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN.....	279	<i>alosectron</i> .....	33, 34	<i>amiloride</i> .....	192
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY.....	279	<i>alpha lipoic acid</i> .....	779, 780	<i>amiloride- hydrochlorothiazide</i> .....	198
ALKALINE BATTERIES .....	581, 663	<i>alpha lipoic acid-biotin</i> .....	780	<i>aminocaproic acid</i> .....	222
ALKALOL NASAL WASH.....	88	ALPHA LIPOIC SUSTAIN- BIOTIN.....	780	<i>amiodarone</i> .....	183
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN).....	46, 380	ALPHANATE.....	226	<i>amitriptyline</i> .....	364
ALKINDI SPRINKLE.....	418	ALPHANINE SD.....	229	<i>amitriptyline- chlordiazepoxide</i> .....	348, 358
ALL FLOW 1000 KIT...	630, 663	<i>alprazolam</i> .....	358, 377	AMJEVITA(CF).....	54, 101, 134
		ALPRAZOLAM INTENSOL .....	358, 377	AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR...	54, 101, 134
		ALPROLIX.....	229	<i>amlodipine</i> .....	194
		ALTABAX.....	507	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	203
		ALTACAINE.....	820	<i>amlodipine-benazepril</i> .....	207
				<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	204
				<i>amlodipine-valsartan</i> .....	205
				<i>amlodipine-valsartan- hcthiazid</i> .....	193
				<i>ammonium lactate</i> .....	470



Amnesteem.....	518	AQINJECT 3.0 LOCK	ASMANEX HFA.....	83
<i>amoxapine</i> .....	364	SYRINGE.....	ASMANEX TWISTHALER.....	83
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		AQINJECT LUER LOCK	<i>aspirin</i> .....	117, 223
<i>lansopraz</i> .....	45	SYRINGE.....	ASPIRIN CHILDRENS	116, 223
<i>amoxicillin</i> .....	3	AQINJECT PEN NEEDLE	<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	232
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	5	.....	<i>aspirin-omeprazole</i> .....	220
<i>amphetamine</i> .....	367, 374	AQINJECT SAFETY	ASPRUZYO SPRINKLE.....	205
<i>amphetamine sulfate</i>		NEEDLE.....	ASPYRERX DIGITAL APP	
.....	329, 350, 367	AQINJECT SAFETY	(90-DAY).....	528, 665
<i>ampicillin</i> .....	3	SYRINGE.....	ASSURE 4 CONTROL	
AMVISC.....	811	AQINJECT STANDARD	SOLUTION.....	581, 665
AMVISC PLUS.....	811	NEEDLE.....	ASSURE 4 STRIPS.....	618, 665
<i>amyl nitrite</i> .....	176, 208	AQUA LANCE LANCING	ASSURE DOSE NORMAL	
AMZEEQ.....	502	DEVICE.....	CONTROL.....	581, 665
ANACAINE.....	471	AQUORAL.....	ASSURE DOSE NORM-HI	
<i>anagrelide</i> .....	232	ARAKODA.....	CONTROL.....	581, 665
ANA-LEX KIT.....	436	ARALAST NP.....	ASSURE ID DUO PRO	
ANALPRAM-HC.....	494	Aranelle (28).....	SFTY PEN NDL.....	555, 665
ANASCORP.....	297	ARANESP (IN	ASSURE ID PEN NEEDLE	
ANASTIA.....	457	POLYSORBATE).....	.....	555, 665
<i>anastrozole</i> .....	156	ARAZLO.....	ASSURE ID PRO PEN	
ANDRODERM.....	404	ARCALYST.....	NEEDLE.....	555, 665
ANGELIQ.....	428	ARESTIN.....	ASSURE LANCE.....	581, 666
ANNOVERA.....	158	AREXVY (PF).....	ASSURE LANCE PLUS	
ANODYNE LPT.....	508	<i>arformoterol</i> .....	.....	581, 666
ANORO ELLIPTA.....	96	<i>arginine (l-arginine)</i> .....	ASSURE PLATINUM	
<i>anticoag citrate phos</i>		<i>arginine hcl (l-arginine)</i> .....	GLUCOSE METER.....	581, 666
<i>dextrose</i> .....	228	ARGYLE TRACHEOSTOMY	ASSURE PLATINUM TEST	
ANTIOXIDANT FORMULA		CARE TRAY.....	STRIP.....	618, 666
(SELENIUM).....	279, 780	ARIKAYCE.....	ASSURE PRISM CONTROL	
ANUCORT-HC.....	435	<i>aripiprazole</i> .....	1-2 SOLN.....	581, 666
ANZEMET.....	45	<i>armodafinil</i> .....	ASSURE PRISM MULTI	
APADAZ.....	112	ARMONAIR DIGIHALER.....	METER.....	581, 666
Apexicon E.....	472	ARMOUR THYROID.....	ASSURE PRISM MULTI	
APIDRA SOLOSTAR U-100		ARNUITY ELLIPTA.....	STRIP.....	618, 666
INSULIN.....	402	ARTISS.....	ASTAGRAF XL.....	321
APIDRA U-100 INSULIN.....	402	Ascomp With Codeine.....	ASTERO.....	458
APLENZIN.....	349	ASCOR.....	ASTHMA CHECK METER	
APLIGRAF.....	509	<i>ascorbate calcium-</i>	.....	617, 666
APOGEE IC INTERMIT		<i>bioflavonoid</i> .....	ASTHMAPACK	
CATHETER.....	551, 664	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i> .....	CHILDREN'S.....	617, 666
APOGEE PLUS INTERMITT		<i>ascorbic acid(vitamin</i>	ASTRINGYN.....	212
CATHETER.....	551, 664	<i>c)(bulk)</i> .....	<i>atazanavir</i> .....	26
<i>apomorphine</i> .....	384	<i>ascorbic acid-ascorbate</i>	<i>atenolol</i> .....	197
<i>apraclonidine</i> .....	822	<i>sodium</i> .....	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	193
<i>aprepitant</i> .....	35	<i>ascorbic acid-zinc oxide</i> .....	<i>atomoxetine</i> .....	395
APRETUDE.....	19	<i>asenapine maleate</i> .....	ATORVALIQ.....	184
Apri.....	160	Ashlyna.....	<i>atorvastatin</i> .....	184
APTIOM.....	339, 340	<i>ashwagandha extract</i> .....	<i>atovaquone</i> .....	27
APTIVUS.....	25	<i>ashwagandha root extract</i> ...	<i>atovaquone-proguanil</i> .....	24

ATRANTIL.....	782	AUTOSOFT XC INFUSION	BACID WITH
ATRAPRO CP.....	485	SET 32".....	LACTOSPORE.....
ATRAPRO DERMAL		AUTOSOFT XC INFUSION	<i>bacillus coagulan,subtilis-</i>
SPRAY.....	444, 645	SET 43".....	<i>xos</i> .....
ATRAPRO HYDROGEL.....	485	AUVELITY.....	<i>bacitracin</i> .....
ATROPEN.....	181	AUVI-Q.....	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....
<i>atropine</i> .....	812	AVEIDA.....	<i>baclofen</i> .....
<i>atropine sulfate (pf)</i> .....	812	AVEIDAOXIA.....	BAFIERTAM.....
ATROVENT HFA.....	81	AVENOVA.....	BALANCED B-50
Aubra.....	160	Aviane.....	COMPLEX (FOLIC).....
Aubra Eq.....	160	AVIDOXY DK.....	BAL-CARE DHA.....
AUGMENTIN.....	5	AVITA.....	BAL-CARE DHA
AUGTYRO.....	147	AVITENE.....	ESSENTIAL.....
AURA PORTANEB.....	529, 666	AVITENE FLOUR.....	<i>balsalazide</i> .....
Aurovela 1.5/30 (21).....	160	AVO CREAM.....	<i>balsam peru (bulk)</i> .....
Aurovela 1/20 (21).....	160	AVONEX.....	<i>balsam peru-castor oil</i> .....
Aurovela 24 Fe.....	160	Ayuna.....	BALVERSA.....
Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	161	AYVAKIT.....	Balziva (28).....
Aurovela Fe 1-20 (28).....	161	AZADROX.....	BANATROL PLUS.....
AURUMHEEL.....	315	AZASITE.....	BAQSIMI.....
AURYXIA.....	253, 798, 799	<i>azathioprine</i> .....	BARACLUDGE.....
AUSTEDO.....	386, 393, 394	<i>azelaic acid</i> .....	BARDEX I.C. FOLEY
AUSTEDO 12MG START		<i>azelastine</i> .....	CATHETER.....
TITR(WK1-4).....	386, 393, 394	<i>azelastine-fluticasone</i> .....	BASADROX.....
AUSTEDO TD TITRATN PK		AZELEX.....	BASAGLAR KWIKPEN U-
(WK 1-2).....	386, 393, 394	AZESCO.....	100 INSULIN.....
AUSTEDO XR.....	386, 393, 394	<i>azithromycin</i> .....	BAXDELA.....
AUSTEDO XR TITRATION		AZO COMPLETE	BAYER ASPIRIN.....
KT(WK1-4).....	386, 394	FEMININE BALANCE.....	BAYER LOW DOSE
AUTOJECT 2 INJECTION		AZO CRANBERRY PLUS	ASPIRIN.....
DEVICE.....	555, 666	PROBIOTIC.....	B-COMPLEX INJECTION... 293
AUTO-LANCET MINI... 581, 666		AZO CRANBERRY PLUS	B-COMPLEX PLUS B-12.... 292
AUTOLET IMPRESSION		VIT C.....	<i>b-complex with vitamin c</i> .... 233
LANC DEV.....	581, 666	AZO DUAL PROTECTION... 61	BD ALLERGIST TRAY REG
AUTOLET LANCING		AZO MEN.....	BEVEL.....
DEVICE.....	581, 666	AZSTARYS.....	BD ALLERGY SYRINGE
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS		Azurette (28).....	.....
.....	555, 666	B ACTIV.....	BD AUTOSHIELD DUO
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS		B COMPLEX 100.....	PEN NEEDLE.....
.....	555, 666	B COMPLEX-VITAMIN C.... 292	BD BLUNT PLASTIC
AUTOSOFT 30.....	627, 667	<i>b complex-vitamin c-folic</i>	CANNULA.....
AUTOSOFT 30 INFUSION		<i>acid</i> .....	BD BULK SYRINGE SLIP
PACK 23".....	627, 666	B12.....	TIP.....
AUTOSOFT 90.....	627, 667	B12 ACTIVE.....	BD ECCENTRIC TIP
AUTOSOFT XC INFUSION		<i>b12-methyltetrahydrofolate-</i>	SYRINGE.....
PACK 23".....	627, 667	<i>b6</i> .....	BD ECLIPSE LUER-LOK
AUTOSOFT XC INFUSION		BABY COUGH.....	.....
PACK 5".....	627, 667	BABY COUGH-MUCUS.....	BD FILTER NEEDLE-5
AUTOSOFT XC INFUSION		BACICAP.....	MICRON.....
SET 23".....	627, 667		

BD INSULIN SYRINGE .....556, 668	B-D SLIP TIP SYRINGE .....535, 672	BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN)..... 47
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....556, 668	BD SPECIALTY USE NEEDLES.....535, 672	BENEFIX..... 229
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE..... 556, 668	BD SYRINGE..... 536, 673	<i>benfotiamine</i> .....257
BD INSULIN SYRINGE U- 500.....556, 668	BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE.....535, 672	BENLYSTA..... 128
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE..... 556, 669	BD SYRINGE CATHETER TIP.....535, 672	BENTIVITE BX..... 254
BD INSYTE AUTOGUARD .....530, 669	BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE.....535, 672	BENZEPRO..... 516
BD INTEGRA SYRINGE .....533, 669	BD SYRINGE LUER-LOK STERILE.....535, 536, 672	BENZEPRO (MICROSPHERES)..... 515
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN..... 533, 669	BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE.....536, 673	<i>benzhydrocodone-</i> <i>acetaminophen</i> ..... 112
BD INTERLINK SYRINGE .....533, 669	BD SYRINGE-DUAL CANNULA..... 536, 673	<i>benznidazole</i> ..... 26
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV..... 557, 669	BD TUBERCULIN SLIP-TIP .....536, 673	BENZODOX 30..... 23
BD LUER-LOK BULK SYRINGE..... 533, 669	BD TUBERCULIN SYRINGE .....536, 673	BENZODOX 60..... 23
BD LUER-LOK SYRINGE .....533, 534, 669, 670	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE..... 557, 673	<i>benzoin (bulk)</i> ..... 489, 643
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING..... 534, 670	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE..... 557, 673	<i>benzonatate</i> .....81
BD MICROTAINER LANCET..... 581, 582, 670	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE..... 557, 673	<i>benzoyl peroxide</i> ..... 516
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE..... 557, 670	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE..... 557, 673	<i>benztropine</i> .....386
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9.....263	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....557, 673	<i>bepotastine besilate</i> .....813
BD PRECISIONGLIDE 534, 670	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....557, 673	<i>berberine chloride</i> .....4
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY..... 534, 671	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....558, 674	BERBERINE ES-5.....4
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 557, 671	BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST..... 526, 674	BERGACOR..... 782
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG..... 534, 671	BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B.....526, 674	BERGACOR PLUS.....782
BD SAFETYGLIDE SYRINGE..... 534, 557, 671	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2.....526, 674	BERINERT..... 214
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL..... 534, 671	BEANAID.....37	BESER KIT.....469
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN.....535, 671	BEANO.....37	BESIVANCE..... 805
BD SAF-T-INTIMA.....530, 671	BELBUCA.....129	BESREMI..... 150
BD SLIP TIP SYRINGE .....535, 672	BELSOMRA.....358	BEST FIBER.....47
	<i>benazepril</i> ..... 209	<i>beta carotene</i> .....260
	<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> ..... 207	BETADINE OPHTHALMIC PREP.....806
	BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN)..... 47	<i>betaine</i> .....804
		BETALOAN SUIK..... 413
		<i>betamethasone dipropionate</i> ..... 472
		<i>betamethasone valerate</i> ..... 472
		<i>betamethasone, augmented</i> 472
		BETASERON..... 433
		<i>betaxolol</i> ..... 197, 810
		<i>bethanechol chloride</i> ..... 800
		BETIMOL.....810
		BETOPTIC S..... 810
		BEVESPI AEROSPHERE..... 97
		BEVITROL.....58
		<i>bexarotene</i> .....155, 457
		BEXSERO..... 306
		BEYFORTUS.....296
		<i>bicalutamide</i> ..... 156
		BIGFOOT UNITY.....582, 674

BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG.....	520, 674	BIOTEL CARE BGM-4 METER.....	582, 675	BPCO.....	443
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA.....	520, 674	<i>biotin</i> .....	260	BPO.....	516
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART.....	520, 674	<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn</i> .....	44	BRAFTOVI.....	149
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR.....	520, 674	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	197	BREATHERITE MDI SPACER.....	631, 676
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP.....	520, 674	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	193	BREATHERITE SPACER-MASK, NEO.....	631, 676
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG.....	520, 674	<i>bitter melon extract</i> .....	783	BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT.....	631, 676
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS.....	520, 674	Blisovi 24 Fe.....	161	BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD.....	631, 676
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO.....	520, 675	Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	161	BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT.....	631, 676
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV.....	520, 675	Blisovi Fe 1/20 (28).....	161	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD.....	631, 676
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG.....	521, 675	<i>blood glucose contrl hi,normal</i> .....	582, 675	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	631, 677
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO.....	521, 675	<i>blood glucose control, normal</i> .....	582, 675	BREATHERITE VALVED MDI SPACER.....	631, 677
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX.....	521, 675	<i>blood glucose ctl high,nml,low</i> .....	582, 675	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW.....	582, 677
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA.....	521, 675	BLOOD GLUCOSE MONITORING.....	582, 676	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML.....	582, 677
BIJUVA.....	410, 411	BLOOD GLUCOSE TEST.....	618, 676	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH.....	582, 677
BIKTARVY.....	26	<i>blood-glucose meter</i> ....	582, 676	BREEZE 2 TEST STRIPS.....	619, 677
BILAC.....	61	BLULINK BG SYSTEM REFILL.....	582, 676	BRENZAVVY.....	406
<i>bilberry frt ext-grape skin xt</i> .....	780	BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE.....	582, 676	BREO ELLIPTA.....	98
<i>bimatoprost</i> .....	821	BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	582, 676	BREXAFEMME.....	12
BIMZELX.....	442	BLULINK GLUCOSE TEST STRIP.....	618, 676	Breyna.....	98
BIMZELX AUTOINJECTOR.....	442	<i>blunt needle, disposable</i> .....	536, 676	BREZTRI AEROSPHERE.....	85
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST.....	526, 675	BONEUP.....	246	Briellyn.....	161
BINAXNOW COVID-19 AG CARD.....	526, 675	BONEUP (CALCIUM ASCORBATE).....	246	BRILINTA.....	223
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST.....	526, 675	BONJESTA.....	58	<i>brimonidine</i> .....	492, 822
BINOSTO.....	414	BOOST GLUCOSE CONTROL.....	274	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i> .....	806
BIO C 1:1.....	261	BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT.....	279	<i>brimonidine-timolol</i> .....	818
BIOLON.....	811	BOOSTRIX TDAP.....	301	<i>brinzolamide</i> .....	820
BIOLYTE.....	265	<i>borage seed oil</i> .....	783	BRIVIACT.....	375
BIOMEPRO.....	61	<i>bosentan</i> .....	203	<i>bromelains</i> .....	320
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM.....	582, 675	BOSULIF.....	147	Bromfed Dm.....	82
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS.....	618, 675	BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL.....	783	<i>bromfenac</i> .....	809
BIOSTEP.....	446, 675	BOYS TRAINING PANTS 4T-5T.....	525, 676	<i>bromocriptine</i> .....	384, 385
BIOSTEP AG.....	446	BP 10-1.....	510	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i> .....	82
				BRONCHITOL.....	77
				BRUKINSA.....	141, 147
				BRYHALI.....	454, 473
				<i>budesonide</i> .....	59, 60, 83



<i>budesonide-formoterol</i> .....	98	<i>calcium acetate(phosphat</i>	<i>bind)</i> .....	791, 798	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	.....	207
BUFFERED C POWDER....	257	<i>calcium carb-mag ox-zinc</i>	<i>sulf</i> .....	246	CARBAGLU.....	.....	802
BULLFROG MOSQUITO		<i>calcium carbonate</i> .....	.....	246	<i>carbamazepine</i> ....	327, 328, 340	
COAST.....	490	<i>calcium carbonate-vitamin</i>	<i>d3</i> .....	267	<i>carbidopa</i> .....	.....	385
BULLSEYE MINI SAFETY		<i>calcium citrate</i> .....	.....	246	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	.....	383
LANCETS.....	582, 677	<i>calcium citrate-vitamin d3</i> ....	.....	267	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>entacapone</i> .....	353
<i>bumetanide</i> .....	181	<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>	.....	246	<i>carbinoxamine maleate</i>	.....	79, 85, 86
<i>bupivacaine in nacl(pf)</i> .....	138	<i>calcium pantothenate</i> .....	.....	256	CARDIOPLEGIA DEL NIDO		
<i>buprenorphine</i> .....	130	<i>calcium phos-d3-</i>	<i>magnesium-zinc</i> .....	247	FORMULA.....	.....	656
<i>buprenorphine hcl</i> .....	130, 319	<i>calcium phosphate-vitamin</i>	<i>d3</i> .....	267	CARDIOPLEGIA HIGH		
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	319	<i>calcium-d3-zinc-copper-</i>	<i>mangan</i> .....	247	POTASSIUM.....	.....	656
<i>bupropion hcl</i> .....	349	<i>calcium-magnesium-vit d3-</i>	<i>boron</i> .....	247	CARDIOPLEGIA IND 4:1		
<i>bupropion hcl (smoking</i>		<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i>	<i>247</i>		PLASMALYT.....	.....	656
<i>deter)</i> .....	319	CALQUENCE	(ACALABRUTINIB MAL)	.....	CARDIOPLEGIA IND 4:1		
<i>buspirone</i> .....	366	.....	.....	141, 147	RINGER.....	.....	656
<i>butalbital-acetaminop-caf-</i>		CALTRATE 600 PLUS D....	.....	267	CARDIOPLEGIA IND 8:1		
<i>cod</i> .....	131	CALTRATE-D3 PLUS			NON-ENRCH.....	.....	656
<i>butalbital-acetaminophen</i> ....	129	MINERALS.....	.....	247	CARDIOPLEGIA		
<i>butalbital-acetaminophen-</i>		Camila.....	.....	159	INDUCTION 4:1.....	656, 657	
<i>caff</i> .....	129	CAMRESE.....	.....	172	CARDIOPLEGIA		
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ....	126	CAMRESE LO.....	.....	172	INDUCTION 8:1.....	657	
<i>butorphanol</i> .....	130	CAMZYOS.....	.....	197	CARDIOPLEGIA MAIN 8:1		
BUTTERFLY TOUCH		<i>candesartan</i> .....	.....	183	NO-ENRCH.....	.....	657
LANCET.....	582, 677	<i>candesartan-</i>	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	196	CARDIOPLEGIA MAINT 4:1		
<i>butylated hydroxytoluene</i> ....	640	CANDICIDAL.....	.....	783	PLASMA.....	.....	657
BYDUREON BCISE.....	408	<i>cantharidin in acetone</i> .....	.....	450	CARDIOPLEGIA MAINT 4:1		
BYETTA.....	408	CANTHARIS			RINGER.....	.....	657
BYLVAY.....	99	COMPOSITUM.....	.....	316	CARDIOPLEGIA		
<i>cabergoline</i> .....	424	<i>capecitabine</i> .....	.....	143	MAINTENANCE 4:1.....	657	
CABLIVI.....	215	CAPEX.....	.....	473	CARDIOPLEGIA		
CABOMETYX.....	154	CAPHOSOL.....	.....	313	MAINTENANCE 8:1.....	657	
<i>cabotegravir</i> .....	19	CAPLYTA.....	.....	357	CARDIOPLEGIA		
CABTREO.....	513	CAPRELSA.....	.....	147	REPERFUSATE 4:1....	657, 658	
CADEAU DHA.....	236	CAPSFENAC PAK.....	.....	504	CARDIOPLEGIA WARM		
CADIRA COMPLIANT		CAPSINAC.....	.....	505	INDUCT 4:1.....	658	
BLOOD STAT.....	616	CAPSUBLEND-H.....	.....	641	<i>cardioplegic no.17(induct</i>	<i>4:1)</i> .....	658
<i>caffeine</i> .....	376	CAPSULE #1.....	.....	642	<i>cardioplegic no.19 (maint</i>	<i>4:1)</i> .....	658
<i>caffeine citrate</i> .....	376	CAPSULE #3	(HYPROMELLOSE).....	641	<i>cardioplegic soln</i> .....	.....	658
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc</i>		<i>captropril</i> .....	.....	209	<i>cardioplegic solution no.25</i> ..	658	
<i>gluc</i> .....	246				CARDURA XL.....	.....	210
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-</i>					CAREFINE PEN NEEDLE	.....	558, 677
<i>mangan</i> .....	246				CAREONE LANCING		
<i>calcipotriene</i> .....	454, 455				DEVICE.....	.....	583, 677
<i>calcipotriene-betamethasone</i>	.....						
.....	499						
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	415						
<i>calcitriol</i> .....	234, 455, 802						
<i>calcium 26-vit d3-</i>							
<i>magnesium 15</i> .....	246						
<i>calcium acetate</i> .....	246						

CAREONE ULTRA THIN LANCET.....	583, 677	CARETOUCH TEST STRIP.....	619, 680	CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS.....	280
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE.....	536, 677	CARETOUCH TWIST LANCET.....	583, 680	CENTRUM SILVER.....	280
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	536, 677	<i>carglumic acid</i> .....	802	CENTRUM WOMEN.....	269
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE.....	536, 677	<i>carisoprodol</i> .....	653	CENTURY.....	269
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL.....	537, 678	<i>carisoprodol-aspirin</i> .....	651	CENTURY MATURE.....	280
CAREPOINT PRECISION NEEDLE.....	537, 678	<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i> .....	651, 652	<i>cephalexin</i> .....	20
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE.....	537, 678	CARNITEX.....	259	CEQUA.....	816
CARESENS CONTROL A AND B.....	583, 678	CARNITOR (SUGAR-FREE).....	804	CEQUR SIMPLICITY...611, 680	
CARESENS LANCETS.....	583, 678	CAROTENALL.....	780	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	583, 680
CARESENS N.....	583, 678	CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS.....	446, 680	CERACADE.....	485
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER.....	583, 678	<i>carteolol</i> .....	810	CERAMAX.....	485
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER.....	583, 678	Cartia Xt.....	194	<i>ceramides 1,3,6-ii</i> .....	496
CARESENS N TEST STRIPS.....	619, 678	<i>carvedilol</i> .....	196	CERASPORT ENDURANCE.....	265
CARESENS N VOICE.....	583, 678	<i>carvedilol phosphate</i> .....	196	CERASPORT EX1.....	265
CARESOFT LANCING DEVICE.....	583, 678	CAYA CONTOURED...524, 680		CERASPORT PLUS.....	265
CARESTART COVID-19 AG HOME TST.....	526, 678	CAYSTON.....	90	CERAVE.....	497
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3.....	583, 678	Caziant (28).....	169	CERAVE AM.....	490
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING.....	583, 678	<i>cefaclor</i> .....	20, 21	CERAVE DAILY MOISTURIZING.....	496
CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	558, 678, 679	<i>cefadroxil</i> .....	20	CERAVE FOAMING FACIAL.....	497
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT.....	614, 679	CEFALY.....	521, 680	CERAVE PM.....	497
CARETOUCH LANCING DEVICE.....	583, 679	<i>cefdinir</i> .....	21	CERAVE SA.....	497
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE.....	537, 679	<i>cefixime</i> .....	21	CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE).....	497
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	537, 679	<i>cefpodoxime</i> .....	21	CERDELGA.....	803
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE.....	537, 679	<i>cefprozil</i> .....	21	CERTAVITE SENIOR.....	280
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	558, 679	<i>cefuroxime axetil</i> .....	21	CERTAVITE-ANTIOXIDANT.....	269
CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	583, 680	CELACYN.....	485, 638	CERVIDIL.....	415
		CELEBRATE B-12 QUICK-MELT.....	291	CETACAINE.....	508
		<i>celecoxib</i> .....	116	CETACAINE ANESTHETIC.....	508
		CELLPAD.....	638, 680	CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER.....	497
		CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME.....	526, 680	CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER.....	497
		<i>cellulose (bulk)</i> .....	641	<i>cetirizine</i> .....	80, 94
		CEM-UREA.....	450	<i>cetorelix</i> .....	428
		CENTANY AT.....	460	<i>cevimeline</i> .....	312
		CENTRUM.....	269, 280	Charlotte 24 Fe.....	161
		CENTRUM ADULT 50 PLUS.....	279	Chateal (28).....	161
		CENTRUM ADULTS.....	279	Chateal Eq (28).....	161
		CENTRUM CHEWABLES...279		CHEMET.....	175
		CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS.....	280	CHEMSTRIP BG LOG BOOK.....	583, 680
		CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS.....	280	CHENODAL.....	34



CHEST RUB (WITH PINE OIL).....	501	CICLODAN KIT .....	507	CLEAR FIBER.....	47
CHILDREN'S ASPIRIN 117, 223		<i>ciclopirox</i> .....	507	CLEARSHIELD SODIUM	
CHILDRENS CHEWABLE		<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc</i> .....	507	CHLOR FLUSH.....	263
PROBIOTIC.....	61	<i>cilostazol</i> .....	223	<i>clemastine</i> .....	79, 86
CHILDRENS FIBER		CILOXAN.....	805	CLENIA PLUS.....	510
GUMMY BEAR.....	47	CIMDUO.....	17	CLENPIQ.....	51
CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN).....	294	<i>cimetidine</i> .....	41	CLEOCIN.....	647
CHILDREN'S		<i>cimetidine hcl</i> .....	41	CLEVER CHEK BLOOD	
MULTIVITAMIN.....	249, 294	CIMZIA.....	54, 101, 134	GLUCOSE.....	584, 681
CHILDREN'S		CIMZIA POWDER FOR		CLEVER CHEK BLOOD	
MULTIVITAMIN GUMMY....	294	RECONST.....	54, 101, 134	GLUCOSE SYST.....	584, 681
CHILDREN'S		CIMZIA STARTER KIT		CLEVER CHEK LANCETS	
PROBIOTIC....	61	.....	54, 101, 134	.....	584, 681
CHILDREN'S SLEEP		<i>cinacalcet</i> .....	412	CLEVER CHOICE BLOOD	
(MELATONIN).....	382	<i>cinnamon bark extract</i> .....	783	GLUC SYS.....	584, 681
CHLOHUX.....	467	CINRYZE.....	214	CLEVER CHOICE	
CHLOOXIA.....	467	CIPRO.....	5	CHAMBER-LRG MASK	
<i>chlordiazepoxide hcl</i> ....	358, 377	CIPRO HC.....	644	.....	631, 681
<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>		<i>ciprofloxacin</i> .....	5	CLEVER CHOICE	
.....	37, 38, 358	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	5, 644, 805	CHAMBER-MED MASK	
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	314	<i>ciprofloxacin-</i>		.....	631, 681
<i>chloroquine phosphate</i> .....	14	<i>dexamethasone</i> .....	644	CLEVER CHOICE	
<i>chlorpromazine</i> .....	357	<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i> ....	645	CHAMBER-SM MASK.	631, 681
<i>chlorthalidone</i> .....	199	<i>citapram</i> .....	378	CLEVER CHOICE	
<i>chlorzoxazone</i> .....	653	CITRANATAL (DUAL-IRON)		GLUCOSE MONITOR.	584, 681
CHOICE DM CLARUS		.....	236	CLEVER CHOICE LEVEL 1	
NORM CONTROL.....	583, 680	CITRANATAL 90 DHA		CONTROL.....	584, 681
CHOICEDM CLARUS		(ALGAL OIL).....	236	CLEVER CHOICE LEVEL 2	
.....	583, 619, 680	CITRANATAL ASSURE.....	236	CONTROL.....	584, 681
CHOLBAM.....	38	CITRANATAL DHA (ALGAL		CLEVER CHOICE LEVEL 3	
CHOLECAL DF.....	261	OIL).....	237	CONTROL.....	584, 681
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>		CITRANATAL HARMONY		CLEVER CHOICE MICRO	
.....	234, 235	(IRON FUM).....	237	.....	584, 681
<i>cholestyramine (with sugar)</i> .	182	CITRANATAL MEDLEY.....	280	CLEVER CHOICE MICRO	
Cholestyramine Light.....	182	CITRATABS.....	793	TEST STRIP.....	619, 681
<i>cholestyramine-aspartame</i> ..	182	<i>citric acid anhydrous (bulk)</i>		CLEVER CHOICE NEB KIT-	
<i>choline,magnesium</i>		.....	642, 643	ADULT.....	631, 681
<i>salicylate</i> .....	126	<i>citric-sod citrat-sod phos-dex</i>		CLEVER CHOICE NEB KIT-	
<i>chorionic gonadotropin,</i>		.....	228	CHILD.....	632, 681
<i>human</i> .....	421	CITRUS BERGAMOT.....	783	CLEVER CHOICE	
CHOSEN LANCET.....	583, 680	CLAIRVEE.....	61	NEBULIZER.....	632, 681
CHOSEN LANCING		Claravis.....	518	CLEVER CHOICE PEAK	
DEVICE.....	583, 680	CLARINEX-D 12 HOUR.....	79	FLOW METER.....	617, 682
CHOSEN SAFETY LANCET		<i>clarithromycin</i> .....	11	CLEVER CHOICE PRO	
.....	584, 680	CLEANSING EYELID		.....	584, 619, 682
<i>chromium picolinate</i> .....	268	MOIST PADS.....	496	CLEVER CHOICE TALK	
CIBINQO.....	448	CLEANSING EYELID		GLUCOSE SYS.....	584, 682
CICASIL.....	638, 680	WIPES EXT STR.....	496	CLEVER CHOICE TALK	
CICATRACE PAD.....	638, 681	CLEANSING WASH....	492, 510	TEST.....	619, 682

CLEVER CHOICE TEST STRIPS.....	619, 682	<i>codeine sulfate</i> .....	104	COMPLETE LIVER CLEANSE.....	233
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST.....	619, 682	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i> ..	131	COMPLETE MV ADULT 50 PLUS.....	280
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED..	632, 682	<i>codeine-guaifenesin</i> .....	87	COMPLETE NATAL DHA....	237
CLICKFINE PEN NEEDLE.....	558, 682	CODITUSSIN AC.....	87	COMPLETENATE.....	237
CLIMARA PRO.....	411	CODITUSSIN DAC.....	87	Compro.....	36
CLINDACIN ETZ.....	509	<i>colchicine</i> .....	787	CONCEPTION.....	627, 684
CLINDACIN PAC.....	509	<i>colesevelam</i> .....	182	CONJUPRI.....	195
<i>clindamycin hcl</i> .....	26	<i>colestipol</i> .....	182	CONSENSI.....	193
<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	26	COLLATYL.....	446	Constulose.....	76
Clindamycin Pediatric.....	26	COLOR LANCETS.....	584, 682	CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH.....	584, 684
<i>clindamycin phosphate</i> .....	503, 647	COMBIPATCH.....	411	CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW.....	585, 684
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> .....	510, 511	COMBIVENT RESPIMAT.....	97	CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML.....	585, 684
<i>clindamycin-tretinoin</i> .....	513	COMETRIQ.....	155	CONTOUR METER.....	585, 684
CLINDESSE.....	647	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE....	558, 559, 682, 683	CONTOUR NEXT EZ METER.....	585, 684
CLINITEST COVID-19 HOME TEST.....	526, 682	COMFORT EZ LANCETS.....	584, 683	CONTOUR NEXT GEN METER.....	585, 684
CLINPRO 5000.....	314	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	559, 683	CONTOUR NEXT GLUCOSE METER....	585, 684
<i>clobazam</i> .....	359, 361	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL.....	559, 683	CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL.....	585, 684
<i>clobetasol</i> .....	473	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	559, 683	CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL.....	585, 685
<i>clobetasol-emollient</i> .....	473	COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC.....	584, 683	CONTOUR NEXT LINK.....	585, 685
<i>clocortolone pivalate</i> .....	474	COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS.....	584, 683	CONTOUR NEXT LINK 2.4.....	585, 685
CLODAN KIT.....	441	COMFORTSEAL LARGE MASK.....	632, 683	CONTOUR NEXT METER.....	585, 685
CLOFENAX.....	453	COMFORTSEAL MEDIUM MASK.....	632, 683	CONTOUR NEXT ONE METER.....	585, 685
Clomid.....	424	COMFORTSEAL SMALL MASK.....	632, 683	CONTOUR NEXT TEST STRIPS.....	619, 685
<i>clomiphene citrate</i> .....	424	COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF).....	306	CONTOUR PLUS BLUE METER.....	585, 685
<i>clomipramine</i> .....	364	COMPACT SPACE CHAMBER.....	632, 684	CONTOUR PLUS TEST STRIP.....	619, 685
<i>clonazepam</i> .....	359, 361, 377	COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK.....	632, 684	CONTOUR TEST STRIPS.....	619, 685
<i>clonidine</i> .....	180	COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK.....	632, 684	COPAXONE.....	434
<i>clonidine (pf)</i> .....	111	COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK.....	632, 684	COPIKTRA.....	146, 152
<i>clonidine hcl</i> .....	180, 365	COMPACT SPACE COMP-AIR NEBULIZER.....	632, 684	COQMAX OMEGA.....	200
<i>clopidogrel</i> .....	222	COMPRESSOR.....	632, 684	CORDRAN.....	474
<i>clorazepate dipotassium</i> .....	359, 377	COMPLERA.....	27	CORDRAN TAPE LARGE ROLL.....	474
CLOTOTEKAL (PF).....	139	COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF.....	380		
<i>clotrimazole</i> .....	311, 500				
<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	463				
<i>clozapine</i> .....	354				
C-NATE DHA.....	237				
COAGADEX.....	230				
COAGUCHEK LANCETS.....	584, 682				
COAGUCHEK XS.....	629, 682				
<i>coal tar</i> .....	489				
COARTEM.....	24				
<i>cocaine</i> .....	77				

CORDX COVID-19 AG	CULTURELLE ABDOMINAL	CURCUPLEX-95.....	783
HOME TEST.....	SUPP-CMFT.....	CURITY AMD.....	640, 686
230	CULTURELLE ADVANCED	CURITY AMD (WITH	
CORIFACT.....	REGULARITY.....	POLYHEXAMETH)	
230	62	.....	446, 685, 686
CORLANOR.....	CULTURELLE BABY	CURITY DRAINAGE BAG	
205	DIGESTIVE CALM.....	.....	522, 686
CORTANE-B.....	62	CURITY IODOFORM	
644	CULTURELLE BABY	PACKING STRIP.....	613, 686
CORTIFOAM.....	HEALTH DEVELOP.....	CUROSURF.....	94
60	62	CUSTODIOL HTK.....	658
CORTISOLV.....	CULTURELLE BABY	CUTAQUIG.....	302
783	CULTURELLE BABY	CUTTER ALL FAMILY.....	490
<i>cortisone</i> .....	PROBIOTIC-DHA.....	CUTTER BACKWOODS	
418	62	DRY.....	490
CORTISPORIN-TC.....	CULTURELLE DIGESTIVE	CUTTER SKINSATIONS.....	490
645	HEALTH.....	CUVITRU.....	302
CORTROPHIN GEL.....	62	CUVRIOR.....	174
400	CULTURELLE GUMMY.....	<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	
COSAMIN AVOCA (WITH	62	<i>12)</i> .....	251, 252
BOSWELLIA).....	CULTURELLE IMMUNE	<i>cyanocobalamin-</i>	
776	DEFENSE.....	<i>cobamamide</i> .....	252
COSENTYX.....	62	<i>cyanocobalamin-</i>	
442	CULTURELLE KIDS 4 IN 1	<i>methylcobalamin</i> .....	252, 292
COSENTYX (2 SYRINGES) 442	IMMUNE.....	CYCLINEX-2.....	264
COSENTYX PEN.....	62	<i>cyclobenzaprine</i> .....	653
442	CULTURELLE KIDS	CYCLOMYDRIL.....	807
COSENTYX PEN (2 PENS) 442	GROW-THRIVE.....	CYCLOPAK.....	652
COSENTYX UNOREADY	62	<i>cyclopentolate</i> .....	812
PEN.....	CULTURELLE KIDS	<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>	
442	IMMUNE DEFENSE.....	<i>watr</i> .....	807
COTELLIC.....	62	<i>cyclopet-tropic-phen-ketr-</i>	
149	CULTURELLE KIDS	<i>wat</i> .....	807
COTEMPLA XR-ODT..	GUMMY.....	<i>cyclophosphamide</i> .....	122, 141
367, 368	62	<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>	
COVARYX.....	CULTURELLE KIDS	<i>wat</i> .....	808
412	IMMUNE DEFENSE.....	<i>cycloserine</i> .....	21
COVARYX H.S.....	62	CYCLOSET.....	406
411	CULTURELLE KIDS	<i>cyclosporine</i> .....	123, 321
COVID-19 AT-HOME TEST	PROBIO-FIBER.....	CYCLOSPORINE IN	
.....	63	KLARITY.....	816
526, 685	CULTURELLE KIDS	<i>cyclosporine modified</i>	
<i>covid19 test adm.by</i>	PROBIOTIC-MV.....	.....	122, 123, 321
<i>pharmacist</i> .....	294	CYCLOTENS REFILL.....	653
527, 685	CULTURELLE KIDS	CYCLOTENS STARTER.....	653
COXANTO.....	PROBIOTICS.....	CYLTEZO(CF).....	55, 102, 135
119	63	.....	55, 102, 134
COALONIN.....	CULTURELLE KIDS PRO-	CYLTEZO(CF) PEN	
316	MV-LUTEIN.....	.....	55, 101, 134
<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>	294	CROHN'S-UC-HS..	55, 101, 134
.....	63		
783	CULTURELLE		
<i>cranberry extract</i> .....	METABOLISM-WT MGMT....		
783	63		
<i>cranberry fruit</i> .....	CULTURELLE PRENATAL		
783	PROBIOTIC.....		
<i>cranberry fruit concentrate</i> ... 783	63		
CRANBERRY URINARY	CULTURELLE PROBIOTIC-		
TRACT HEALTH.....	MULTIVIT.....		
783	280		
CRANRX.....	CULTURELLE PROBIOTIC-		
783	PREBIOTIC.....		
CREON.....	63		
59	CULTURELLE TOTAL		
CRESEMBA.....	BALANCE.....		
13	63		
CRINONE.....	CULTURELLE WOMEN'S		
431, 647	WELLNESS.....		
<i>cromolyn</i> .....	63		
92, 144, 819	CUPRIMINE.....		
Crotan.....	128, 174		
438	CURAD XEROFORM		
CRYODOSE TA MEDIUM	PETROLATM DRESS. 613, 685		
STREAM SPR.....	CURAFIL GEL WOUND		
466	.....		
CRYODOSE TA MIST	.....		
SPRAY.....	<i>curcumin-</i>		
466	<i>phosphatidylcholine</i> .....		
CRYOSERV.....	783		
643			
Cryelle (28).....			
162			
CUE COVID-19 HOME			
TEST.....			
527, 685			
CULTURELLE.....			
63			

CYLTEZO(CF) PEN		
PSORIASIS-UV .....	55, 102, 134	
<i>cyproheptadine</i> .....	79, 86	
Cyred .....	162	
Cyred Eq .....	162	
CYSTADROPS .....	823	
CYSTAGON .....	792	
CYSTARAN .....	823	
D3-2000 .....	235	
<i>dabigatran etexilate</i> .....	222	
DAILY FIBER .....	47	
DAILY FIBER (PSYLLIUM- ASPART) .....	47	
DAILY FIBER (PSYLLIUM- SUCROSE) .....	47	
DAILY GUMMIES .....	280	
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) .....	63	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) .....	63	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) .....	269	
DAIRY RELIEF .....	41	
<i>dalfampridine</i> .....	432	
<i>danazol</i> .....	431	
<i>dandelion root</i> .....	783	
DANDLELION KISSES .....	256	
<i>dantrolene</i> .....	652	
<i>dapsone</i> .....	14, 503, 504	
<i>darifenacin</i> .....	794	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR .....	585, 686	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP .....	619, 686	
DARTISLA .....	37	
<i>darunavir</i> .....	25	
Dasetta 1/35 (28) .....	162	
Dasetta 7/7/7 (28) .....	169	
DAURISMO .....	152	
DAVIMET WITH FLUORIDE .....	250	
DAVIMET-M .....	269	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE .....	537, 686	
DAVOL PISTON IRRIGATION .....	537, 686	
DAYAVITE .....	281	
DAYBUE .....	788	
Daysee .....	172	
DAYVIGO .....	358	
DAZAVEIDAOXIA .....	492	
DAZOMON .....	492	
DEBACTEROL .....	312	
Deblitane .....	159	
DECARA K .....	292	
<i>deferasirox</i> .....	175	
<i>deferiprone</i> .....	175	
<i>deferoxamine</i> .....	175	
<i>deflazacort</i> .....	418	
DEFLUX .....	640	
DELSTRIGO .....	27	
DELUO .....	444, 646	
<i>demeclocycline</i> .....	6	
DEMEROL (PF) .....	104	
DENOVO PLUS B12 .....	291	
DENTA 5000 PLUS .....	314	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE .....	314	
DENTAGEL .....	314	
DEOXIA .....	504, 509	
DEOXIADEMTAR .....	513	
DEOXIATAR .....	513	
DEOXIAVAR .....	513	
DEPO-ESTRADIOL .....	416	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	173	
DERMACINRX CLORHEXACIN .....	443	
DERMACINRX DAVIMET ...	269	
DERMACINRX DEXATRAN	281	
DERMACINRX DOTREMINE	261	
DERMACINRX FOLDITAM	261	
DERMACINRX FOLIFLEX ..	281	
DERMACINRX FOLITIN-Z ..	281	
DERMACINRX FOLIXAPURE .....	261	
DERMACINRX FOLIXATE ..	261	
DERMACINRX FOLTAMINE	261	
DERMACINRX FOLTREXYL .....	261	
DERMACINRX LACTEROL ..	64	
DERMACINRX LEXITRAL ..	505	
Dermacinrx Lidocan .....	458	
DERMACINRX LIDOGEL ...	458	
DERMACINRX LIDOREX ...	458	
DERMACINRX MULTITAM	281	
DERMACINRX PHN PAK ...	496	
DERMACINRX PRENATRIX .....	237	
DERMACINRX		
PRENATRYL .....	237	
DERMACINRX PRETRATE	237	
DERMACINRX PROBINATE	64	
DERMACINRX PROBISOL ...	64	
DERMACINRX PROBITRAN	64	
DERMACINRX PROBITROL	64	
DERMACINRX PROMEROL	64	
DERMACINRX PUREFOLTIN .....	261	
DERMACINRX RIBOTIN-E	281	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK .....	443	
DERMACINRX THERAZOLE PAK .....	463	
DERMACINRX VENEXA ...	281	
DERMACINRX VENEXA FE .....	281	
DERMACINRX VENTRIXYL	281	
DERMACINRX VENTRIXYL FE .....	281	
DERMACINRX VITRAMYN	281	
DERMACINRX VITRANOL	282	
DERMACINRX VITRANOL FE .....	282	
DERMACINRX VITREXATE	282	
DERMACINRX VITREXATE FE .....	282	
DERMACINRX ZINTREXYL- C .....	282	
DERMACINRX ZRM PAK ...	496	
DERMALID .....	458	
DERMASO PLUS .....	485	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK .....	443	
DERMAZENE .....	463	
DERMELLE .....	489	
DERM-SILK .....	638, 686	
DERMULCERA .....	443	
DERPIXA .....	489	
DESCOVY .....	17	
<i>desflurane</i> .....	137	
<i>desipramine</i> .....	364	
<i>desloratadine</i> .....	80, 81, 94	
<i>desmopressin</i> .....	409	
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	172	
<i>desonide</i> .....	474, 475	
<i>desoximetasone</i> .....	475	
<i>desvenlafaxine</i> .....	362	
<i>desvenlafaxine succinate</i> ...	362	



DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER..... 529, 686	DIAPERS, UNISEX SIZE 4 ..... 525, 687	DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS..... 64
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR..... 632, 686	DIAPERS, UNISEX SIZE 5 ..... 525, 687	DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII)..... 64
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR..... 632, 686	DIAPERS, UNISEX SIZE 6 ..... 525, 687	DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE..... 64
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB..... 632, 686	DIASAXIATAR..... 513	DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW..... 64
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR..... 632, 686	DIASDIMAXIA..... 510	DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO..... 64
Dexabliss..... 418	DIASOXIA..... 510	DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP..... 64
<i>dexamethasone</i> ..... 418	DIATROL..... 282	DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC..... 65
DEXAMETHASONE INTENSOL..... 418	DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL..... 586, 687	DIGESTIVE ADVANTAGE DIGESTIVE PROBIOTIC..... 65
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> ..... 813	DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH..... 586, 688	DIGESTIVE SUPPORT..... 784
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> ..... 77, 80	DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW..... 586, 688	Digitek..... 178
DEXCOM G6 RECEIVER ..... 585, 687	DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET..... 586, 688	<i>digoxin</i> ..... 178
DEXCOM G6 SENSOR ..... 586, 687	DIATRUE PLUS TEST STRIP..... 619, 688	<i>dihydroergotamine</i> ..... 392
DEXCOM G6 TRANSMITTER..... 586, 687	<i>diazepam</i> ..... 359, 361, 377, 378	DILANTIN..... 343
DEXCOM G7 RECEIVER ..... 586, 687	Diazepam Intensol..... 359, 377	DILAUDID (PF)..... 105
DEXCOM G7 SENSOR ..... 586, 687	<i>diazoxide</i> ..... 399	<i>diltiazem hcl</i> ..... 194
DEXERYL..... 486	<i>dichlorphenamide</i> ..... 181, 651	DILT-XR..... 194
<i>dexlansoprazole</i> ..... 42	DICLAREAL..... 505	DILUENT FOR ROTARIX... 262
<i>dexmethylphenidate</i> ..... 368	<i>diclofenac epolamine</i> ..... 453	DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG..... 262
DEXONTO..... 419	<i>diclofenac potassium</i> ..... 118, 121, 353	DIMENTHO..... 505
DEXTENZA..... 813	<i>diclofenac sodium</i> ..... 118, 453, 461, 810	<i>dimethyl fumarate</i> ..... 434
<i>dextroamphetamine sulfate</i> ..... 329, 330, 350, 351, 368, 369	<i>diclofenac submicronized</i> .... 118	DIMOXIA..... 444
<i>dextroamphetamine- amphetamine</i> ..... 330, 369, 374	<i>diclofenac-misoprostol</i> ..... 115	DIOCHLOY..... 467
DHEA..... 779	DICLOFEX DC..... 505	DIOOXIA..... 455
DIABETIC MULTIVITAMIN.. 282	DICLOFONO..... 453	DIOVASC..... 261
DIACOMIT..... 344	DICLOHEAL-60..... 505	DIPENTUM..... 32
DIADIMAXIA..... 510	DICLOPR..... 505	Diphen..... 80, 86
DIAOXIA..... 510	DICLOSAICIN..... 505	<i>diphenoxylate-atropine</i> ..... 40
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 ..... 525, 687	DICLOTRAL..... 505	<i>dipyridamole</i> ..... 224
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 ..... 525, 687	DICLOTREX..... 505	<i>disopyramide phosphate</i> .... 199
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 ..... 525, 687	DICLOTREX II..... 505	<i>disulfiram</i> ..... 319
	DICLOVIX..... 462	DITHOL..... 505
	<i>dicloxacillin</i> ..... 27	DIURIL..... 199
	<i>dicyclomine</i> ..... 36	<i>divalproex</i> ..... 328, 350, 393
	<i>didanosine</i> ..... 18	DM2..... 404
	DIFFERIN..... 517	DMT SUIK..... 419
	DIFICID..... 11	Dodex..... 252
	<i>diflorasone</i> ..... 476	<i>dofetilide</i> ..... 183
	<i>diflunisal</i> ..... 117	DOJOLVI..... 273
	<i>difluprednate</i> ..... 813	Dolishale..... 162
	DIFMETIOXRIME..... 462	DOLOTRANZ..... 508
		<i>donepezil</i> ..... 789
		DONNATAL..... 39

DOPTELET (10 TAB PACK)215	DROPLET MICRON PEN	DYNAGINATE AG..... 447
DOPTELET (15 TAB PACK)215	NEEDLE..... 560, 689	E.E.S. 400..... 12
DOPTELET (30 TAB PACK)215	DROPLET PEN NEEDLE	EAA UCD.....264
DORYX.....7	.....560, 689	EAR POPPER INFLATION
DORYX MPC.....6	DROPSAFE INSULIN	DEVICE..... 616, 690
<i>dorzolamide</i> ..... 821	SYRINGE..... 560, 689	EASIVENT HOLDING
<i>dorzolamide (pf)</i> .....821	DROPSAFE PEN NEEDLE	CHAMBER.....633, 690
<i>dorzolamide-timolol</i> ..... 818	.....560, 689	EASIVENT MASK LARGE
<i>dorzolamide-timolol (pf)</i> ..... 818	DROPSAFE SICURA	.....633, 690
DOSOKAP.....292	SAFETY NEEDLE..... 538, 689	EASIVENT MASK MEDIUM
Dotti.....416	<i>drospirenone-e.estradiol-</i>	.....633, 690
DOVATO..... 17	<i>lm.fa</i> .....162	EASIVENT MASK SMALL
DOVER BULB SYRINGE	<i>drospirenone-ethinyl</i>	.....633, 690
.....537, 688	<i>estradiol</i> .....162	EASY COMFORT INSULIN
DOVER COATED LATEX	DROXIA.....231	SYRINGE..... 560, 561, 690
FOLEY.....552, 688	<i>droxidopa</i> .....211	EASY COMFORT
DOVER FOLEY CATHETER	DRY SKIN THERAPY(WITH	LANCETS..... 586, 690
.....552, 688	LANOLIN).....486	EASY COMFORT PEN
DOVER LATEX FOLEY	DRY SKIN THERAPY(W-	NEEDLES.....561, 691
CATHETER..... 552, 688	PETROLATUM).....486	EASY COMFORT SAFETY
DOVER RED RUBBER	DRYSOL.....462	PEN NEEDLE.....561, 691
ROBINSON CATH.....552, 688	DRYSOL DAB-O-MATIC....462	EASY FIBER..... 48
DOVER UNIVERSAL.. 552, 688	DSUVIA.....105	EASY FIBER (WHEAT
<i>doxazosin</i> .....210	DUAKLIR PRESSAIR.....97	DEXTRIN).....47
<i>doxepin</i> .....364, 386, 440	DUAVEE.....430	EASY GLIDE CATHETER
<i>doxercalciferol</i> .....802	DUET DHA WITH OMEGA-3	TIP SYRING..... 538, 691
<i>doxycycline hyclate</i> .....7, 8, 315	.....237	EASY GLIDE DENTAL
<i>doxycycline monohydrate</i> 9, 498	DULERA.....98	IRRIG SYRING.....538, 691
<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>	<i>duloxetine</i> .....323, 362	EASY GLIDE INSULIN
<i>b6)</i> .....58	DULOXICAINE....323, 324, 362	SYRINGE.....561, 691
D-PENAMINE.....128, 175	DUOBRII.....440	EASY GLIDE LUER LOCK
DRAMAMINE GINGER.....784	DUODOTE.....176	SYRINGE.....538, 691
DRAMAMINE NON-	DUOPA.....383	EASY GLIDE LUER SLIP
DROWSY.....784	DUPIXENT PEN.....95, 438	TB SYRING.....538, 691
DRAXACE.....511	DUPIXENT SYRINGE...95, 438	EASY GLIDE PEN NEEDLE
DRAXACEY.....511	DUREX AIR CONDOM522, 689	.....561, 691
DRITHOCREME HP.....455	DUREX AVANTI BARE	EASY MINI EJECT
DRIXECE.....511	REAL FEEL.....523, 690	LANCING DEVICE.....586, 692
DRIZALMA SPRINKLE323, 362	DUREX EXTRA SENSITIVE	EASY NEB COMPRESSOR
<i>dronabinol</i> .....36, 333, 801	CONDOM.....523, 690	NEBULIZER.....633, 692
DROPLET GENTEEL	DUREX TROPICAL	EASY PLUS II BLOOD
LANCING DEVICE.....586, 688	CONDOM.....523, 690	GLUCOSE MET.....586, 692
DROPLET INSULIN	DURLAZA.....117, 223	EASY PLUS II HIGH
SYR(HALF UNIT).....559, 688	DUROLANE.....654	CONTROL.....586, 692
DROPLET INSULIN	<i>dutasteride</i> .....791	EASY PLUS II LOW
SYRINGE....559, 560, 688, 689	<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....791	CONTROL.....587, 692
DROPLET LANCETS..586, 689	DUZALLO.....788	EASY PLUS II TEST...619, 692
DROPLET LANCING	D-VI-SOL.....235	EASY STEP.....619, 692
DEVICE.....586, 689	DYANAVEL XR...369, 370, 375	EASY STEP BLOOD
	DYNAFOAM AG.....447	GLUCOSE METER.....587, 692



EASY STEP HIGH	EASY TOUCH INSULIN	EASY TRAK LOW
CONTROL SOLN..... 587, 692	SYRINGE..... 562, 695	CONTROL..... 588, 698
EASY STEP LOW	EASY TOUCH LANCETS	EASY TWIST AND CAP
CONTROL SOLUTION 587, 692	..... 588, 695	LANCETS..... 588, 698
EASY STEP NORMAL	EASY TOUCH LANCING	EASY-C IMMUNE HEALTH 258
CONTROL SOLN..... 587, 692	DEVICE..... 588, 695	EASYGLUCO METER.588, 698
EASY TALK BLOOD	EASY TOUCH LUER LOCK	EASYGLUCO
GLUCOSE METER..... 587, 692	INSULIN..... 562, 695	MONITORING SYSTEM
EASY TALK GLUCOSE	EASY TOUCH LUER LOCK	..... 588, 698
TEST..... 619, 692	SYRINGE.... 539, 540, 695, 696	EASYGLUCO TEST ... 620, 698
EASY TALK HIGH	EASY TOUCH PEN	EASYMAX..... 620, 698
CONTROL..... 587, 692	NEEDLE..... 562, 696	EASYMAX 15 LEVEL 2
EASY TALK LOW	EASY TOUCH SAFETY	..... 588, 698
CONTROL..... 587, 692	LANCETS..... 588, 696	EASYMAX 15 TEST
EASY TALK PLUS II HIGH	EASY TOUCH SAFETY	STRIPS..... 620, 698
CONTROL..... 587, 692	PEN NEEDLE..... 562, 696	EASYMAX NG..... 588, 698
EASY TALK PLUS II LOW	EASY TOUCH	EASYMAX NORMAL
CONTROL..... 587, 693	SHEATHLOCK INSULIN	CONTROL..... 588, 698
EASY TALK PLUS II TEST	..... 562, 696	EASYMAX T1..... 588, 698
STRIP..... 620, 693	EASY TOUCH	EASYMAX V SPEAKING
EASY TOUCH	SHEATHLOCK SYRG-NDL	GLUCOSE SYS..... 589, 698
..... 540, 562, 696, 697	..... 540, 696, 697	EASYPOINT NEEDLE.541, 699
EASY TOUCH BLU CTRL	EASY TOUCH	EASY-TOUCH BLOOD
SOLN-L1,L3..... 587, 693	SHEATHLOCK SYRINGE	GLUCOSE METER..... 589, 699
EASY TOUCH BLULINK	..... 540, 697	EBASE CONTROLLER
GLUC SYST..... 587, 693	EASY TOUCH TEST STRIP	..... 633, 699
EASY TOUCH BLULINK	..... 620, 697	ECEOXIA..... 504
TEST STRIP..... 620, 693	EASY TOUCH	<i>echinacea</i> ..... 784
EASY TOUCH FLIPLOCK	TUBERCULIN FLIPLOCK	<i>echinacea purp aerial part</i>
INSULIN..... 561, 693	..... 540, 697	<i>ext</i> ..... 784
EASY TOUCH FLIPLOCK	EASY TOUCH	ECLIPSE NEEDLE..... 541, 699
NEEDLE..... 538, 693	TUBERCULIN SHEATHLK	ECLIPSE SYRINGE.... 541, 699
EASY TOUCH FLIPLOCK	..... 541, 697	EC-NAPROXEN..... 119
SYRINGE.... 538, 539, 693, 694	EASY TOUCH TWIST	<i>econazole</i> ..... 500
EASY TOUCH FLURINGE	LANCETS..... 588, 697	ECONTRA EZ..... 157, 159
..... 539, 694	EASY TOUCH UNI-SLIP	ECONTRA ONE-STEP 157, 159
EASY TOUCH FLURINGE	..... 541, 562, 697	ECOTRIN..... 117, 224
FLIPLOCK..... 539, 694	EASY TRAK BLOOD	ECOZA..... 500
EASY TOUCH FLURINGE	GLUCOSE METER..... 588, 697	EDARBI..... 183
SHEATHLOCK..... 539, 694	EASY TRAK GLUCOSE	EDARBYCLOR..... 196
EASY TOUCH GLUCOSE	TEST..... 620, 698	EDLUAR..... 352
MONITOR..... 587, 694	EASY TRAK HIGH	ED-SPAZ..... 40, 795
EASY TOUCH HIGH-LOW	CONTROL..... 588, 698	EDURANT..... 3
CONTROL..... 587, 694	EASY TRAK II BLOOD	EEMT..... 412
EASY TOUCH	GLUCOSE MTR..... 588, 698	EEMT HS..... 412
HYPODERMIC NEEDLE	EASY TRAK II CTRL SOLN-	<i>efavirenz</i> ..... 3
..... 539, 694	NORMAL..... 588, 698	<i>efavirenz-emtricitabin-</i>
EASY TOUCH INSULIN	EASY TRAK II TEST STRIP	<i>tenofov</i> ..... 27
SAFETY SYR..... 561, 694, 695	..... 620, 698	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i>
		<i>disop</i> ..... 27

EFFER-K.....	268	EMBRACE BLOOD		EMSAM.....	366
EGATEN.....	1	GLUCOSE SYSTEM		<i>emtricitabine</i> .....	18
EGRIFTA SV.....	429	.....	589, 620, 700	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ....	17
<i>elderberry fruit</i> .....	784	EMBRACE EVO BLOOD		EMTRIVA.....	18
ELDERTONIC.....	272	GLUCOSE KIT.....	589, 700	EMULSION SB.....	486
<i>electrolytes-dextrose</i> .....	265	EMBRACE EVO GLUCOSE		EMVERM.....	1
ELEMAR.....	508	MONITOR.....	589, 700	Emzahn.....	159
ELEMENT COMPACT		EMBRACE EVO LEVEL 1		<i>enalapril maleate</i> .....	210
GLUCOSE METER.....	589, 699	.....	589, 700	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	
ELEMENT COMPACT HIGH		EMBRACE EVO TEST		.....	207
CONTROL.....	589, 699	STRIPS.....	620, 700	ENBRACE HR.....	269
ELEMENT COMPACT		EMBRACE GLUCOSE		ENBREL.....	100, 135
NORMAL CONTROL...589, 699		CONTROL HIGH.....	590, 700	ENBREL MINI.....	100, 135
ELEMENT COMPACT TEST		EMBRACE GLUCOSE		ENBREL SURECLICK.....	100, 135
STRIPS.....	620, 699	CONTROL LOW.....	590, 700	ENDARI.....	231, 235, 273
ELEMENT COMPACT V		EMBRACE LANCETS.....	590, 700	ENDEAVORRX.....	528, 701
GLUCOSE MTR.....	589, 699	EMBRACE LANCING		ENDO AVITENE.....	213
ELEMENT HIGH CONTROL		DEVICE.....	590, 700	Endocet.....	113, 124
.....	589, 699	EMBRACE PEN NEEDLE		ENDOMETRIN.....	431
ELEMENT LOW CONTROL		.....	563, 700	ENFAMIL DUAL	
.....	589, 699	EMBRACE PRO.....	590, 701	PROBIOTICS-VIT D.....	65
ELEMENT NORMAL		EMBRACE PRO GLUCOSE		ENGERIX-B (PF).....	310
CONTROL.....	589, 699	METER.....	590, 700	Enilloring.....	158
ELEMENT PLUS BLOOD		EMBRACE PRO TEST		<i>enoxaparin</i> .....	219
GLUCOSE KIT.....	589, 700	STRIPS.....	620, 701	ENOXILUV.....	219
ELEMENT TEST STRIPS		EMBRACE SAFETY		Enpresse.....	169
.....	620, 700	LANCET.....	590, 701	Enskyce.....	162
ELEPSIA XR.....	375, 376	EMBRACE TALK BLOOD		ENSPRYNG.....	322
ELESTRIN.....	416	GLUCOSE SYS.....	590, 701	ENSTILAR.....	499
<i>eletriptan</i> .....	390	EMBRACE TALK		ENSURE CLEAR	
ELIGARD.....	156	CONTROL-HIGH (L2).....	590, 701	THERAPEUTIC.....	274
ELIGARD (3 MONTH).....	155	EMBRACE TALK		ENSURE RAPID	
ELIGARD (4 MONTH).....	155	CONTROL-LOW (L1)..	590, 701	HYDRATION.....	265
ELIGARD (6 MONTH).....	155	EMBRACE TALK		ENSURE SURGERY.....	274
Elinest.....	162	GLUCOSE MONITOR.....	590, 701	ENSURE SURGERY	
ELIQUIS.....	224	EMBRACE TALK TEST		PERIOP BUNDLE.....	274
ELIQUIS DVT-PE TREAT		STRIPS.....	620, 701	<i>entacapone</i> .....	357
30D START.....	224	EMBRACE WAVE		ENTADFI.....	796
ELITE-OB.....	282	GLUCOSE TEST STRP		<i>entecavir</i> .....	29
Elixophyllin.....	96	.....	620, 701	ENTERAL GRAVITY BAG	
ELLA.....	157, 158	EMBRACE WAVE PLUS		SET-ENFIT.....	554, 701
ELLIOTTS B (PF).....	265	GLUCOSE MTR.....	590, 701	ENTRESTO.....	211
ELLUME COVID-19 HOME		EMCYT.....	156	ENTTY.....	486
TEST.....	527, 700	EMEND.....	35	ENTYVIO PEN.....	32
ELLURA.....	784	EMERGEN-C		Enulose.....	31
ELLZIA PAK.....	469	ELDERBERRY.....	259	ENVARUSUS XR.....	321
ELMIRON.....	791	EMFLAZA.....	419	ENVIVE.....	65
ELOCTATE.....	226	EMGALITY PEN.....	393	ENZNONUTY.....	508
Eluryng.....	158	EMGALITY SYRINGE.....	333, 393	EOHILIA.....	419
ELYXYB.....	353	EMPAVELI.....	229	EPCLUSA.....	15

EPICERAM.....	486	ESTROVEN MENOPAUSE.....	282	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	
EPICYN.....	444	ESTROVERA.....	784	.....	149, 150
EPIDIOLEX.....	344	<i>eszopiclone</i> .....	352	<i>everolimus</i>	
EPIFIX AMNIOTIC		<i>ethacrynic acid</i> .....	181	<i>(immunosuppressive)</i> .....	322
MEMBRANE.....	441	<i>ethambutol</i> .....	21	EVERSENSE E3 SMART	
EPIFOAM.....	494	<i>ethosuximide</i> .....	349, 350	TRANSMITTER.....	591, 702
<i>epinastine</i> .....	813	ETHOXIA.....	517	EVICEL.....	221
<i>epinephrine</i> .....	95, 211	<i>ethyl acetate</i> .....	641	EVIVO WITH MCT OIL.....	65
<i>epinephrine hcl</i> .....	88	<i>ethyl chloride</i> .....	450	EVOLUTION BLOOD	
Epitol.....	328, 340	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	162	GLUCOSE METER.....	591, 702
<i>eplerenone</i> .....	198, 209	<i>etodolac</i> .....	121, 122	EVOLUTION NORMAL	
EPOGEN.....	217	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		CONTROL.....	591, 702
EPRONTIA.....	341	.....	158	EVOLUTION TEST STRIPS	
<i>eprosartan</i> .....	183	<i>etoposide</i> .....	144	.....	621, 702
EPSOLAY.....	492	<i>etravirine</i> .....	3	EVOTAZ.....	22, 26
EQUETRO.....	328, 340	<i>eua patient assessment</i>		EVRYSDI.....	655
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ...	235	.....	521, 701	EXCEL SYRINGE.....	541, 703
<i>ergoloid</i> .....	790	EUCERIN ADVANCED		EXEL HYPODERMIC	
ERGOMAR.....	392	REPAIR.....	486	NEEDLES.....	541, 703
<i>ergotamine-caffeine</i> .....	397	EUCERIN INTENSIVE		EXEL INSULIN.....	563, 703
ERIVEDGE.....	152	REPAIR.....	486	EXEL SYRINGE.....	541, 703
ERLEADA.....	156	EUCRISA.....	438	EXELDERM.....	500
<i>erlotinib</i> .....	154	EUFLEXXA.....	654	<i>exemestane</i> .....	156
ERMEZA.....	422	EURAX.....	438	EXKIVITY.....	154
Errin.....	159	EUTHYROX.....	422	EXODERM.....	462
ERTACZO.....	500	EVAMIST.....	417	EXSERVAN.....	654
Ery Pads.....	504	EVARREST.....	220	EXTENDED RESERVOIR	
Ery-Tab.....	12	EVENCARE.....	590, 591, 702	.....	563, 703
ERYTHROCIN (AS		EVENCARE G2... 590, 620, 701		EYE.....	316
STEARATE).....	12	EVENCARE G3 CONTROL		EYE HEALTH PLUS	
<i>erythromycin</i> .....	12, 806	.....	590, 702	LUTEIN.....	282, 780
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	12	EVENCARE G3 GLUCOSE		EYE MULTIVITAMIN... 282, 780	
<i>erythromycin with ethanol</i> ....	504	METER.....	590, 702	EYSUVIS.....	813
<i>erythromycin-benzoyl</i>		EVENCARE G3 TEST. 620, 702		E-Z JECT LANCETS... 591, 703	
<i>peroxide</i> .....	511	EVENCARE MINI		E-Z JECT THIN LANCETS	
<i>escitalopram oxalate</i> .....	378	GLUCOSE CONTROL 591, 702		.....	591, 703
<i>esomeprazole magnesium</i>		EVENCARE MINI		EZ SMART CONTROL 591, 703	
.....	42, 43	GLUCOSE TEST STR. 621, 702		EZ SMART LANCETS. 591, 703	
ESPEROCT.....	226	EVENCARE MINI		EZ SMART PLUS SYSTEM	
Estarylla.....	162	MONITOR SYSTEM... 591, 702		.....	591, 703
<i>estazolam</i> .....	359, 376	EVENCARE PROVIEW		EZ SMART PLUS TEST	
<i>estradiol</i> .....	416, 417, 647	CONTROL-L2,L3..... 591, 702		.....	621, 703
<i>estradiol valerate</i> .....	417	EVENCARE PROVIEW		EZ SMART SYSTEM... 591, 704	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	411	TEST STRIP..... 621, 702		EZ SMART TEST..... 621, 704	
ESTRING.....	647	EVENCARE TEST..... 621, 702		EZALLOR SPRINKLE.....	185
ESTROGEL.....	417	<i>evening primrose oil</i> .....	784	<i>ezetimibe</i> .....	184
<i>estrogens-</i>		EVERLYWELL COVID19		<i>ezetimibe-rosuvastatin</i> .....	204
<i>methyltestosterone</i> .....	412	HOM COLLECT.....	527, 702	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	204
ESTROVEN CMPLT				FABHALTA.....	212, 229
MENOPAUSE RLF.....	784			FACTIVE.....	5

Falmina (28).....	162	FE-VITE.....	254	FLEXI-SEAL SIGNAL FMS	
<i>famciclovir</i> .....	12	FIASP FLEXTOUCH U-100		.....	522, 704
FAMIL-E.....	291	INSULIN.....	403	FLINTSTONES COMPLETE	
<i>famotidine</i> .....	42	FIASP PENFILL U-100		(FE SULF).....	294
FANAPT.....	365	INSULIN.....	403	FLINTSTONES IMMUNITY	
FANTASY CONDOM...523, 704		FIASP PUMPCART.....	403	SUPPORT.....	294
FARXIGA.....	406	FIASP U-100 INSULIN.....	403	FLINTSTONES WITH	
FASENRA PEN.....	95	FIBER (PSYLLIUM HUSK-		EXTRA IRON.....	294
FASTEP COVID-19 AG		SUGAR).....	48	FLOLIPID.....	185
HOME TEST.....	527, 704	FIBER (WITH		FLORAJEN WOMEN.....	65
FC2 FEMALE CONDOM		ASPARTAME).....	48	FLORASAVE.....	65
.....	524, 704	FIBER GUMMIES.....	48	FLORASTOR ADVANCED...65	
<i>febuxostat</i> .....	788	FIBER GUMMIES (WITH B-		FLORASTORBABY.....	65
FEIBA NF.....	221	COMPLEX).....	48	FLORASTORKIDS.....	65
<i>felbamate</i> .....	336	FIBER		FLORASTORSELECT GUT	
<i>felodipine</i> .....	195	SUPPLEMENT(WHEATDEX		BOOST.....	65
FEM DOPHILUS.....	65	TRIN).....	48	FLORASTORSELECT	
FEM PH.....	649	FIBER THERAPY		IMMUNITY BOOST.....	66
FEMALE CATHETER..552, 704		(PSYLLIUM-SUCRO).....	48	FLORATUMMYS QUICK	
FEMCAP.....	525, 704	FIBERWELL.....	48	DISSOLVE.....	66
FEMRING.....	648	FILSPARI.....	177	FLOSEAL.....	221
<i>fenofibrate</i> .....	192	FILSUVEZ.....	443	FLOWFLEX COVID-19 AG	
<i>fenofibrate micronized</i> .....	192	<i>filter needles</i> .....	541, 704	HOME TEST.....	527, 704
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	192	FILTERED EXTENSION		FLUAD QUAD 2023-24(65Y	
<i>fenofibric acid</i> .....	192	SET.....	530, 704	UP)(PF).....	308
<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	192	FINACEA.....	492, 504	FLUARIX QUAD 2023-2024	
<i>fenoprofen</i> .....	119	<i>finasteride</i> .....	791	(PF).....	308
FENOVAR.....	506	FINGERSTIX LANCETS		FLUBLOK QUAD 2023-2024	
<i>fentanyl</i> .....	105	.....	591, 704	(PF).....	308
<i>fentanyl (pf)-bupivacaine-</i>		<i> fingolimod</i> .....	433	FLUCELVAX QUAD 2023-	
<i>nacl</i> .....	123	FINTEPLA.....	344	2024.....	308
<i>fentanyl citrate</i> .....	105	Finzala.....	162	FLUCELVAX QUAD 2023-	
<i>fentanyl citrate (pf)</i> .....	105, 138	Fioricet.....	129	2024 (PF).....	308
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i>		FIRDAPSE.....	650	<i>fluconazole</i> .....	13
.....	105	FIRMAGON.....	151	<i>flucytosine</i> .....	13
<i>fentanyl-ropivacaine-nacl</i>		FIRMAGON KIT W		<i>fludrocortisone</i> .....	412
<i>(pf)</i> .....	124	DILUENT SYRINGE.....	151	FLULAVAL QUAD 2023-	
FENTORA.....	105	FISH OIL.....	200	2024 (PF).....	308
<i>fenugreek seed</i> .....	784	FLAREX.....	814	FLUMIST QUAD 2023-2024	
FERGON.....	253	FLASHARREST.....	784	.....	296, 309
FERIVA 21-7.....	254	<i>flavoxate</i> .....	795	<i>flunisolide</i> .....	88
FERIVA FA (WITH		<i>flaxseed oil</i> .....	784	<i>fluocinolone</i> .....	476
SUMALATE).....	255	<i>flecainide</i> .....	204	<i>fluocinolone acetone oil</i> ....	644
FERRETTIS IPS.....	253	FLEXICHAMBER.....	633, 704	<i>fluocinolone and shower cap</i>	
FERRIPROX.....	175	FLEXICHAMBER-LG CHILD		.....	476
<i>ferrous fumarate</i> .....	253	MASK.....	633, 704	<i>fluocinonide</i> .....	476
<i>ferrous gluconate</i> .....	253	FLEXICHAMBER-SM		Fluocinonide-E.....	477
<i>ferrous sulfate</i> .....	253	ADULT MASK.....	633, 704	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	477
<i>fesoterodine</i> .....	795	FLEXICHAMBER-SM		FLUOPAR.....	469
FETZIMA.....	362, 363	CHILD MASK.....	633, 704	<i>fluorescein-benoxinate</i>	810, 818



<i>fluorescein-proparacaine</i> .....	810	FORA 6CONN-GTEL-TN'G	FORA V10-V12-D10-D20
<i>fluoride (sodium)</i> .....	314	ADV STRIP.....	STRIPS.....
FLUORIDEX DAILY		FORA D10.....	622, 706
DEFENSE.....	314	FORA D15 GLUCOSE-BP	FORA V12 BLOOD
FLUORIDEX SENSITIVITY		MONITOR.....	GLUCOSE SYSTEM... 592, 706
RELIEF.....	314	FORA D15G STRIPS..	FORA V12 GLUCOSE.622, 706
FLUORIMAX 5000.....	315	FORA D20.....	FORA V20... 592, 622, 706, 707
FLUORIMAX 5000		FORA D40D GLUCOSE-BP	FORA V30A.....592, 622, 707
SENSITIVE.....	315	MONITOR.....	FORACARE GD20..... 622, 707
<i>fluorometholone</i> .....	814	FORA D40G GLUCOSE-BP	FORACARE GD20
FLUOROPLEX.....	495	MONITOR.....	GLUCOSE METER..... 593, 707
<i>fluorouracil</i> .....	495	FORA D40-G31 TEST	FORACARE GD40 TEST
FLUOVIX.....	477	STRIPS.....	STRIPS.....
FLUOVIX PLUS.....	477	FORA G20.....	622, 707
<i>fluoxetine</i> .....	378	FORA G30A.....	FORACARE GD40A
FLUOXIA.....	467	FORA G30-PREMIUM V10	GLUCOSE METER..... 593, 707
<i>fluphenazine hcl</i> .....	334	TEST STRP.....	FORACARE GD40B
<i>flurandrenolide</i> .....	477	FORA GD50 BLOOD	GLUCOSE METER..... 593, 707
<i>flurazepam</i> .....	359, 376	GLUCOSE SYSTEM... 592, 705	FORACARE GDH HIGH
<i>flurbiprofen</i> .....	119	FORA GD50 TEST STRIPS	CONTROL..... 593, 707
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	810	.....	FORACARE GDH LOW
<i>fluticasone propionate</i>		FORA GTEL GLUCOSE	CONTROL..... 593, 707
.....	83, 84, 88, 477	TEST STRIP.....	FORACARE GDH NORMAL
<i>fluticasone propion-</i>		FORA GTEL MULTI-	CONTROL..... 593, 707
<i>salmeterol</i> .....	98	FUNCTN MONITOR....	FORACARE LANCETS
<i>fluvastatin</i> .....	185, 186	FORA HIGH CONTROL	.....593, 707
<i>fluvoxamine</i> .....	378	.....	<i>formoterol fumarate</i> .....
FLUZONE HIGHDOSE		FORA LANCING DEVICE	91
QUAD 23-24 PF.....	309	.....	FORTIFY OPT ADV (L.
FLUZONE QUAD 2023-		FORA LOW CONTROL	SALIVARUS).....
2024.....	309	.....	66
FLUZONE QUAD 2023-		FORA NORMAL CONTROL	FORTIFY OPTIMA
2024 (PF).....	309	.....	ADVANCED CARE.....
FML FORTE.....	814	FORA PREMIUM V10	66
FOLAGENT DHA.....	283	GLUCOSE METER.....	FORTIFY OPTIMA
FOLAMAX.....	283	592, 706	PROBIOTIC.....
FOLAMED DHA.....	283	FORA TEST N'GO VOICE	66
FOLCYTEINE.....	291	METER.....	FORTIFY OPTIMA WOMEN
FOLET ONE.....	237, 269	592, 706	ADVANCED.....
<i>folic acid</i> .....	252	FORA TEST STRIP....	66
FOLIC D3.....	261	621, 706	FORTIFY OPTIMA WOMEN
FOLIKA-BC.....	233	FORA TN'G ADV MOBILE	PROBIOTIC.....
FOLIVANE-OB.....	283	MULTI MTR.....	66
FOLLISTIM AQ.....	421	614, 706	FORTIFY PROBIOTIC.....
<i>fondaparinux</i> .....	224	FORA TN'G ADVAN PRO	67
FORA 6 CONNECT		TEST STRIP.....	FORTIFY PROBIOTIC 50
GLUCOSE STRIP.....	621, 704	621, 706	PLUS.....
FORA 6 CONNECT		FORA TN'G ADVANCE	66
MULTIFUNCTN MTR..	614, 704	PRO MONITOR.....	FORTIFY WOMEN
		615, 706	PROBIO(L.SALIV.).....
		FORA TN'G VOICE METER	67
		.....	FORTIFY WOMEN
		592, 706	PROBIOTIC.....
		FORA TN'G VOICE TEST	67
		STRIPS.....	FOSAMAX PLUS D.....
		621, 706	424
		FORA V10.....	<i>fosamprenavir</i> .....
		592, 622, 706	26
			<i>fosfomycin tromethamine</i>
			.....
			27, 794
			<i>fosinopril</i> .....
			210
			<i>fosinopril-</i>
			<i>hydrochlorothiazide</i> .....
			207
			FOSRENOL.....
			798

FOTIVDA.....	147	FREESTYLE UNISTIK 2		GEL VEHICLE FOR	
FRAGMIN.....	219, 220	.....	594, 709	NEXOBRID.....	642
FRAICHE 5000 PREVI.....	315	FROTEK.....	453	<i>gelatin</i> .....	784
FRAICHE 5000 SENSITIVE	315	<i>frovatriptan</i> .....	390	GELCLAIR.....	311
FREEFLEX PLUS		FRUZAQLA.....	147	GELFILM.....	213, 816
TRANSFER ADAPTER		FULPHILA.....	216	GEL-FLOW.....	213
.....	553, 707	FUROSCIX.....	182	GEL-FLOW NT.....	213
FREESTYLE CONTROL		<i>furosemide</i> .....	182	GELFOAM.....	213
.....	593, 707	FUZEON.....	17	GELFOAM JMI POWDER...	213
FREESTYLE FLASH		Fyavolv.....	411	GELFOAM JMI SPONGE...	213
SYSTEM.....	593, 707	FYCOMPA.....	334, 335, 336	GELFOAM SPONGE SIZE	
FREESTYLE FREEDOM		FYLNETRA.....	216	200.....	213
.....	593, 707	Fyremadel.....	428	GELMIX.....	642
FREESTYLE FREEDOM		G TUSSIN AC.....	87	GELNIQUE.....	796
LITE.....	593, 707	<i>gabapentin</i> .....	324, 382, 383	GEL-ONE.....	654
FREESTYLE INSULINX		GABLOFEN.....	653	GELSYN-3.....	654
.....	593, 622, 707, 708	GALAFOLD.....	804	GELX.....	311, 312
FREESTYLE INSULINX		<i>galantamine</i> .....	789	<i>gemfibrozil</i> .....	192
TEST STRIPS.....	622, 708	GALZIN.....	176	Gemmily.....	162
FREESTYLE LANCETS		GAMMAGARD LIQUID.....	302	GEMTESA.....	800
.....	593, 708	GAMMAKED.....	302	GENABIO COVID-19 RAPID	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GAMUNEX-C.....	302	AT-HOME.....	527, 709
READER.....	593, 708	<i>ganirelix</i> .....	428	GENADEK.....	294
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GARDASIL 9 (PF).....	309, 310	GENADEK STEP 1.....	283
SENSOR.....	593, 708	<i>garlic</i> .....	784	GENADEK STEP 2.....	283
FREESTYLE LIBRE 2		<i>garlic extract</i> .....	784	GENADUR.....	509
READER.....	593, 708	GARLIX.....	784	GENADUR (WITH	
FREESTYLE LIBRE 2		GAS RELIEF-PREVENTION..	37	LEXINAL).....	509
SENSOR.....	594, 708	GASTRACID.....	59	Gengraf.....	123, 321
FREESTYLE LIBRE 3		<i>gatifloxacin</i> .....	805	GENOTROPIN.....	424
READER.....	594, 708	GATTEX 30-VIAL.....	38	GENOTROPIN MINIQUICK	424
FREESTYLE LIBRE 3		GATTEX ONE-VIAL.....	38	<i>gentamicin</i> .....	460, 805
SENSOR.....	594, 708	GAVILYTE-C.....	51	GENTLE IRON.....	255
FREESTYLE LITE METER		Gavilyte-G.....	52	GENTLE SKIN CLEANSER	497
.....	594, 708	GAVRETO.....	151	GENTLE SKIN	
FREESTYLE LITE STRIPS		GDRIVE.....	594, 709	CLEANSER(WITH SLS).....	497
.....	622, 708	GE100 BLOOD GLUCOSE		GENULTIMATE TEST	
FREESTYLE PRECISION		SYSTEM.....	594, 709	STRIP.....	622, 709
.....	563, 709	GE100 BLOOD GLUCOSE		GENVISC 850.....	654
FREESTYLE PRECISION		TEST STRIP.....	622, 709	GENVOYA.....	26
NEO METER.....	594, 708	GE100 CONTROL		GI PROTECT.....	264
FREESTYLE PRECISION		SOLUTION NORMAL..	594, 709	GILENYA.....	433
NEO STRIPS.....	622, 708	GE333 BLOOD GLUCOSE		GILOTRIF.....	153
FREESTYLE SIDEKICK II		SYSTEM.....	594, 709	GIMOTI.....	34
.....	594, 709	GE333 BLOOD GLUCOSE		<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ...	784
FREESTYLE SYSTEM KIT		TEST STRIP.....	622, 709	<i>ginkgo biloba leaf extract</i> .....	784
.....	594, 709	GE333 CONTROL		GINKGO BILOBA PLUS	
FREESTYLE TEST.....	622, 709	SOLUTION NORMAL..	594, 709	(BACOPA).....	784
		<i>gefitinib</i> .....	154	GIRLS TRAINING PANTS	
				4T-5T.....	526, 709



<i>glatiramer</i> .....	434	GLUCOCOM BLOOD		Glydo.....	458
Glatopa.....	435	GLUCOSE.....	595, 711	GLYRX-PF.....	37
GLEOSTINE.....	155	GLUCOCOM CONTROL		GLYTACTIN BETTERMILK	
GLIADEL WAFER.....	155	HIGH.....	595, 711	5-5.....	272
<i>glimepiride</i> .....	415	GLUCOCOM CONTROL		GLYXAMBI.....	413
<i>glipizide</i> .....	415	NORMAL.....	595, 711	GM100.....	596, 623, 711
<i>glipizide-metformin</i> .....	416	GLUCOCOM GLUCOSE		GOCOVRI.....	384
GLOPERBA.....	788	.....	623, 711	GOJJI BLOOD GLUCOSE	
GLUCAGON (HCL)		GLUCOCOM LANCETS		TEST STRIP.....	623, 711
EMERGENCY KIT.....	399	.....	595, 711	GOJJI GLUCOSE CNTRL	
Glucagon Emergency Kit		GLUCOSA IMMUNE		SOL-NORMAL.....	596, 711
(Human).....	399	BOOSTER.....	785	GOJJI LANCETS.....	596, 711
GLUCERNA HUNGER		<i>glucosam-chondr-c-mang</i>		GOJJI LANCING DEVICE	
SMART.....	274	<i>citrate</i> .....	776	.....	596, 711
GLUCERNA SNACK BAR...274		<i>glucosam-chondr-msm-c-</i>		GOJJI MULTI-FUNCTIONAL	
GLUCO NAVII GLUCOSE		<i>manganes</i> .....	776	METER.....	615, 711, 712
MONITOR.....	594, 710	<i>glucosam-chondr-vit c-mn-</i>		GOLD BOND	
GLUCO NAVII TEST STRIP		<i>boron</i> .....	776	THERAPEUTIC FOOT.....	486
.....	622, 710	<i>glucosamine 2kcl-msm-</i>		GONAL-F.....	422
GLUCOCARD 01 HI-		<i>chondroit</i> .....	776	GONAL-F RFF.....	421
NORMAL CONTROL...594, 710		<i>glucosamine hcl-hyaluronic</i> .....	776	GONAL-F RFF REDI-JECT.....	421
GLUCOCARD 01 METER		<i>glucosamine sulfate</i> .....	776	GONITRO.....	208
.....	594, 710	GLUCOSAMINE-CHONDR-		GOODLIFE AC-302	
GLUCOCARD 01 NORMAL		D3 (C-MANG).....	776	GLUCOSE METER.....	596, 712
CONTROL.....	595, 710	<i>glucosamine-chondroitin</i> .....	777	GOODLIFE AC-302 TEST	
GLUCOCARD 01 SENSOR		GLUCOSAMINE-		STRIP.....	623, 712
PLUS.....	622, 710	CHONDROITIN 3X.....	777	GOTOKNOW COVID-19 AG	
GLUCOCARD		<i>glucosamine-d3-hyaluronic</i>		HOME TEST.....	527, 712
EXPRESSION.....	595, 622, 710	<i>acid</i> .....	777	GRAFIX CORE.....	441
GLUCOCARD SHINE..595, 710		<i>glucosamine-msm-chondr-</i>		GRAFIX PRIME.....	441
GLUCOCARD SHINE		<i>d3-bosw</i> .....	777	GRAFIX XC.....	441
CONNEX METER.....	595, 710	<i>glucosamine-msm-hyaluron</i>		GRALISE.....	325
GLUCOCARD SHINE		<i>acid</i> .....	777	<i>granisetron hcl</i> .....	45
EXPRESS METER.....	595, 710	<i>glucosam-msm-chond-</i>		GRANIX.....	216
GLUCOCARD SHINE		<i>hrb149-hyal</i> .....	777	GRASTEK.....	300
METER.....	595, 710	<i>glucose</i> .....	399	<i>green tea leaf extract</i> .....	785
GLUCOCARD SHINE		GLUCOSE CONTROL.....	595, 711	GREEN TEA-600.....	785
METER KIT.....	595, 710	GLUCOSE KETONE		<i>griseofulvin microsize</i> .....	29
GLUCOCARD SHINE		CONTROL SOLN.....	596, 711	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	29
METER KIT.....	595, 710	<i>glutamine</i> .....	34, 235	<i>guaiacol</i> .....	643
GLUCOCARD SHINE TEST		<i>glutaraldehyde</i> .....	645	GUAIFENESIN AC.....	88
STRIPS.....	623, 710	GLUTAREX-2.....	263, 274	GUAIFENESIN DAC.....	87
GLUCOCARD SHINE XL		<i>glutathione (bulk)</i> .....	643, 780	<i>guanfacine</i> .....	180, 366
METER.....	595, 710	<i>glyburide</i> .....	415	GUARDIAN 4 GLUCOSE	
GLUCOCARD VITAL...595, 711		<i>glyburide micronized</i> .....	415	SENSOR.....	596, 712
GLUCOCARD VITAL		<i>glyburide-metformin</i> .....	416	GUARDIAN 4	
SENSOR.....	623, 711	<i>glycerin</i> .....	470	TRANSMITTER.....	596, 712
GLUCOCARD VITAL TEST		<i>glycine urologic solution</i> .....	792	GUARDIAN CONNECT	
STRIPS.....	623, 711	<i>glycopyrrolate</i> .....	37, 315	TRANSMITTER.....	596, 712
GLUCOCOM AUTOLINK		<i>glycopyrrolate (pf)</i> .....	37		
.....	595, 711				

GUARDIAN LINK 3	HARMONY CONTROL	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> 218
TRANSMITTER.....596, 712	L1,L3.....596, 713	<i>heparin lock flush (porcine)</i>
GUARDIAN SENSOR 3	HARMONY GLUCOSE	.....218, 221
.....596, 712	TEST STRIP .....623, 713	HEPARIN
GUMMY DINOS.....249	HARVONI.....15	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF
GVOKE.....400	HAVRIX (PF).....307	).....219, 221
GVOKE HYOPEN 1-PACK	HAXCHLO.....463	<i>heparin, porcine (pf)</i> ....219, 222
.....399	HAXCHLODREX.....463	HEPLISAV-B (PF).....310
GVOKE HYOPEN 2-PACK	HAXDRAX.....507	HEPZATO.....141
.....399	HCU MAXAMUM.....273	HEPZATO (50 MM
GVOKE PFS 1-PACK	HEALON ENDOCOAT.....811	CATHETER).....141
SYRINGE.....399	HEALON GV PRO.....811	HEPZATO (62 MM
GVOKE PFS 2-PACK	HEALON PRO.....812	CATHETER).....141
SYRINGE.....399	HEALON5 PRO.....812	HER STYLE.....157, 159
GYNAZOLE-1.....648	HEALTHPRO GLUCOSE	HETLIOZ LQ.....379
HADLIMA.....55, 102, 135	MONITOR.....596, 713	HEXIOUNYL.....462
HADLIMA PUSHTOUCH	HEALTHPRO HIGH-LOW	HICON.....153
.....55, 102, 135	CONTROL.....596, 713	HI-D ADEK GUMMIES
HADLIMA(CF).....55, 102, 135	HEALTHPRO TEST STRIPS	PLUS ZINC.....269
HADLIMA(CF)	.....623, 713	HI-D DROP.....294
PUSHTOUCH.....55, 102, 135	HEALTHWISE INSULIN	HIGH POTENCY MULTIVIT
HAEGARDA.....214	SYRINGE.....563, 713	(W-IRON).....270
Hailey.....163	HEALTHWISE PEN	HIGH POTENCY
Hailey 24 Fe.....163	NEEDLE.....563, 713	MULTIVITAMIN.....270
Hailey Fe 1.5/30 (28).....163	HEALTHY ACCENTS	HISTEX-AC.....86
Hailey Fe 1/20 (28).....163	AUTOLET.....596, 713	HI-VOLUME PUMPING
HAIR, SKIN AND NAILS	HEALTHY ACCENTS	CHAMBER SET.....530, 713
(BIOTIN).....260	UNIFINE PENTIP.....564, 713	HIXDEFRIMA.....507
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-	HEALTHY ACCENTS	HIZENTRA.....302, 303
BIOTIN).....283	UNILET LANCET.....596, 713	HOMATROPAIRE.....812
<i>halcinonide</i> .....478	HEALTHY EYES LUTEIN-	HOME NEBULIZER PLUS
HALO B-LOCK CLOSED	ZEAXANTHIN.....780	SIDESTREAM.....633, 714
LINE ADAPTR.....553, 712	HEALTHY EYES	HOMINEX-2.....273
HALO CLOSED BAG	SUPERVISION2.....780	HORIZANT.....396
ADAPTOR.....553, 712	Heather.....159	HORMONE PROTECT.....785
HALO CLOSED LINE	HEMADY.....419	HPR.....486
ADAPTOR.....553, 712	HEMANGEOL.....206	HPR PLUS.....486
HALO CLOSED SYRINGE	HEMATEX.....254	HPR PLUS HYDROGEL....468
ADAPTOR.....553, 712	HEMATOGEN.....255	HPR PLUS-MB HYDROGEL
HALO CLOSED VIAL	HEMATOGEN FORTE.....255	.....468
ADAPTOR.....553, 712	HEMATRON-AF.....255	HUMALOG KWIKPEN
HALO VIAL CONVERTER	HEMLIBRA.....212	INSULIN.....403
.....553, 712	HEMOFIL M HIGH.....226	HUMALOG MIX 50-50
<i>halobetasol propionate</i> 455, 478	HEMOFIL M LOW.....226	INSULN U-100.....400
Haloette.....158	HEMOFIL M MID.....226	HUMALOG MIX 50-50
HALOG.....478, 479	HEMOFIL M SUPER HIGH.226	KWIKPEN.....400
<i>haloperidol</i> .....356	HEP FLUSH-10 (PF)...218, 221	HUMALOG MIX 75-25(U-
<i>haloperidol lactate</i> .....356	<i>heparin (porcine)</i> .....218	100)INSULN.....400
HALUCORT.....486	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>	HUMALOG U-100 INSULIN 403
HAPRODERM.....486	<i>nacl</i> .....218, 221	HUMATE-P.....226

HUMATROPE.....	425	HYDROCORTISONE		HYRIMOZ PEN CROHN'S-	
HUMIRA.....	55, 102, 135	LOTION COMPLETE.....	441	UC STARTER.....	56, 103, 136
HUMIRA PEN.....	55, 102, 135	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	480	HYRIMOZ PEN PSORIASIS	
HUMIRA(CF).....	56, 103, 136	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	644	STARTER.....	56, 103, 136
HUMIRA(CF) PEDI		<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		HYRIMOZ(CF).....	56, 103, 136
CROHNS STARTER		<i>aloe2</i> .....	460	HYRIMOZ(CF) PEDI	
.....	55, 102, 135	<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ...	463	CROHN STARTER	56, 103, 136
HUMIRA(CF) PEN.	56, 103, 136	<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		HYRIMOZ(CF) PEN	
HUMIRA(CF) PEN		<i>aloe</i> .....	460	.....	56, 103, 136
CROHNS-UC-HS..	55, 102, 135	<i>hydrocortisone-pramoxine</i>		HYSINGLA ER.....	106
HUMIRA(CF) PEN		.....	436, 480, 494, 495	<i>ibandronate</i> .....	414
PEDIATRIC UC.....	55, 102, 135	<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>		IBRANCE.....	152
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		.....	643, 645	IBSRELA.....	33
UV-ADOL HS.....	56, 102, 136	Hydromet.....	87	Ibu.....	119
HUMULIN 70/30 U-100		<i>hydromorphone</i> .....	106	IBUPAK.....	119
INSULIN.....	426	<i>hydromorphone (pf)</i> .....	106	<i>ibuprofen</i> .....	119
HUMULIN 70/30 U-100		<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>		<i>ibuprofen-famotidine</i> .....	115
KWIKPEN.....	426	<i>nacl</i> .....	106	<i>icatibant</i> .....	181
HUMULIN N NPH INSULIN		<i>hydroquinone</i> .....	452	Iclevia.....	163
KWIKPEN.....	427	<i>hydroxocobalamin</i> .....	252	ICLOFENAC CP.....	506
HUMULIN N NPH U-100		<i>hydroxychloroquine</i> .....	14, 123	ICLUSIG.....	155
INSULIN.....	427	<i>hydroxyethyl</i>		ID NOW COVID-19 TEST	
HUMULIN R REGULAR U-		<i>methacrylate,bulk</i> .....	644	KIT.....	527, 714
100 INSULN.....	426	HYDROXYM.....	480	IDACIO(CF).....	57, 103, 137
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>hydroxypropyl cellulose</i> .....	640	IDACIO(CF) PEN...56, 103, 136	
INSULIN.....	426	<i>hydroxyurea</i> .....	143	IDACIO(CF) PEN CROHN-	
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>hydroxyzine hcl</i> .....	366	UC STARTR.....	56, 103, 136
KWIKPEN.....	426	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	366	IDACIO(CF) PEN	
HYALGAN.....	654, 655	HYFIBER FOR KIDS.....	48	PSORIASIS START	
HYALO4 CARE.....	489	HYFTOR.....	449	.....	56, 103, 136
HYALO4 CARE CLEAR.....	489	HYGIENIC CLEANSING		IDARAN.....	492
HYCAMTIN.....	155	LOTION.....	486	IDEAL BOWEL SUPPORT....	67
HYCLODEX.....	444, 646	HYLATOPICPLUS.....	487	IDELVION.....	229
<i>hydralazine</i> .....	211	HYLAZINC.....	253	IDHIFA.....	146
HYDRALYTE.....	265	HYMOVIS.....	655	IDYYXIATAR.....	514
HYDRALYTE PLUS.....	265	<i>hyoscyamine sulfate</i> 40, 41, 795		IGALMI.....	385
HYDRO 35.....	450	HYOSYNE.....	41, 795	IGG 2000 CWP.....	264
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	199	HYPER-SAL.....	641	IGG PURE.....	264
<i>hydrocodone bitartrate</i> ..	105, 106	HYPOCYN ANTIPRURITIC		IGLUOSE BLOOD	
<i>hydrocodone-</i>		.....	444, 646	GLUCOSE MONITOR..	596, 714
<i>acetaminophen</i> .....	113, 130	HYPOCYN DERMAL...444, 646		IGLUOSE TEST STRIP	
<i>hydrocodone-</i>		HYPOLANCE AST		.....	623, 714
<i>chlorpheniramine</i> .....	92	LANCING.....	596, 714	IHEALTH COVID-19 AG	
<i>hydrocodone-homatropine</i> ....	87	<i>hypromellose</i> .....	641	HOME TEST.....	527, 714
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> ..	113, 130	HYQVIA.....	303	IHEEZO (PF).....	820
<i>hydrocortisone</i>		HYQVIA HY COMPONENT..	320	ILET INFUSION KIT-INSET	
.....	60, 419, 435, 480	HYQVIA IG COMPONENT..	303	23".....	628, 714
<i>hydrocortisone acetate</i> .....	435	HYRIMOZ.....	56, 103, 136	ILET INFUSION-CONTACT	
<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	479	HYRIMOZ PEN.....	56, 103, 136	DTCH 23".....	628, 714
				ILET INSULIN PUMP..	614, 714

ILEVRO.....	810	INFINITY STARTER KIT		<i>insulin aspart u-100</i> .....	403
ILIDERM.....	508	.....	597, 715	<i>insulin lispro</i> .....	403
<i>imatinib</i> .....	147	INFINITY TEST STRIPS		<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	401
IMBRUVICA.....	141, 147	.....	623, 715	<i>insulin syrlndl u100 half</i>	
IMIOXIA.....	462	INFLAMMACIN.....	116	<i>mark</i> .....	564, 716
<i>imipramine hcl</i> .....	364	INFLAMMA-K.....	506	INSULIN SYRINGE....	565, 716
<i>imipramine pamoate</i> .....	364	INFLATHERM(DICLOFENA		INSULIN SYRINGE	
<i>imiquimod</i> .....	495	C-MENTHOL).....	116	MICROFINE.....	564, 565, 716
IMMUNERX.....	283	INGREZZA.....	387, 394	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	
IMPACT ADVANCED		INGREZZA INITIATION		.....	565, 717
RECOVERY.....	274	PK(TARDIV).....	387, 394	INSUPEN PEN NEEDLE	
IMPAVIDO.....	27	INGREZZA SPRINKLE	387, 394	.....	565, 717
IMPOYZ.....	456, 480	INJECT EASE LANCETS		INSYTE IV CATHETER	
INBRIJA.....	383	.....	597, 715	.....	530, 717
Incassia.....	159	INLYTA.....	147	INTEGRA SYRINGE..	541, 717
IN-CHECK NASAL WITH		INNOPRAN XL.....	206	INTELENCE.....	3
MASK.....	617, 714	INNOSPIRE DELUXE.	633, 715	INTELISWAB COVID-19	
IN-CHECK ORAL FLOW		INNOSPIRE ELEGANCE		HOME TEST.....	527, 717
METER.....	617, 714	.....	633, 715	INTENSE DRY SKIN	
INCONTROL LANCING		INNOSPIRE ESSENCE		THERAPY.....	487
DEVICE.....	597, 714	.....	633, 715	INTERLINK LEVER LOCK	
INCONTROL PEN NEEDLE		INNOSPIRE GO		CANNULA.....	553, 717
.....	564, 714	NEBULIZER.....	529, 715	INTERLINK SYRINGE AND	
INCONTROL SUPER THIN		INNOSPIRE MINI.....	633, 715	CANNULA.....	542, 717
LANCETS.....	597, 714	INNOSPIRE		INVACARE LANCETS.	597, 717
INCONTROL ULTRA THIN		REPLACEMENT FILTER		INVELTYS.....	814
LANCETS.....	597, 714	.....	633, 715	INVIGOFLEX AMPM.....	777
INCRELEX.....	418	INPEFA.....	397	INVIGOFLEX CS.....	777
INCRUSE ELLIPTA.....	81	INPEN (FOR HUMALOG)		INVIGOFLEX D.....	777
<i>indapamide</i> .....	199	BLUE.....	564, 715	INVIGOFLEX GS.....	777
INDERAL XL.....	206	INPEN (FOR HUMALOG)		INVOKAMET.....	406
INDICAID COVID-19 AG		GREY.....	564, 715	INVOKAMET XR.....	407
HOME TEST.....	527, 714	INPEN (FOR HUMALOG)		INVOKANA.....	406
INDOCIN.....	122	PINK.....	564, 715	INZDEAXIATAR.....	513
<i>indomethacin</i> .....	122	INPEN (NOVOLOG OR		INZDEAXIAVAR.....	513
INFANT PROBIOTIC.....	67	FIASP) BLUE.....	564, 715	INZDEOXIA.....	511
INFANT-TODDLER		INPEN (NOVOLOG OR		IODOFLEX.....	646
MULTIVITAMIN.....	249	FIASP) GREY.....	564, 716	IODOSORB.....	646
INFANT-TODDLER		INPEN (NOVOLOG OR		IOPIDINE.....	822
MULTIVIT-IRON.....	294	FIASP) PINK.....	564, 716	IPOL.....	304
INFASURF.....	94	INQOVI.....	152	I-PORT.....	553, 717
INFINITY CONTROL		INREBIC.....	150	I-PORT ADVANCE 6 MM	
SOLUTION HIGH.....	597, 714	INSPIRATION ELITE		INJEC PORT.....	553, 717
INFINITY CONTROL		FILTER.....	634, 716	I-PORT ADVANCE 9 MM	
SOLUTION LOW.....	597, 715	INSTA-GLUCOSE (WITH		INJEC PORT.....	553, 717
INFINITY CONTROL		DEXTRIN).....	400	<i>ipratropium bromide</i> .....	81, 88
SOLUTION NORM.....	597, 715	INSUFロン.....	627, 716	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	97
INFINITY METER KIT.	597, 715	INSUL-CAP.....	597, 716	<i>irbesartan</i> .....	183
		INSUL-EZE.....	597, 716	<i>irbesartan-</i>	
		<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	401	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	196



IRON (FERROUS SULFATE).....	254	JARRO-DOPHILUS BABY....	67	K2-D3 MAX.....	292
<i>iron bisglycinate chelate</i> .....	254	JARRO-DOPHILUS BABY		Kaitlib Fe.....	164
IRON FOLATE PLUS.....	255	PROBIOTIC.....	67	Kalliga.....	164
IRON FOLATE-F.....	255	JARRO-DOPHILUS DIGEST		KALYDECO.....	78
<i>iron, carbonyl-vitamin c</i> .....	255	SURE.....	67	KANGAROO 924 SAFETY	
IRRIGATION SYRINGE		JARRO-DOPHILUS EPS.....	68	SCREW.....	554, 718
.....	542, 718	JARRO-DOPHILUS GUT		KANGAROO EPUMP SET	
ISENTRESS.....	19	CALM.....	68	.....	554, 718
ISENTRESS HD.....	19	JARRO-DOPHILUS KIDS....	68	KANGAROO GRAVITY SET	
Isibloom.....	163	JARRO-DOPHILUS PLUS		.....	554, 718
I-SIGHT.....	780	FOS.....	68	KAPSPARGO SPRINKLE...	197
<i>isoflurane</i> .....	137	JARRO-DOPHILUS		KARBINAL ER.....	80, 86
<i>isoniazid</i> .....	20	PRENATAL.....	68	Kariva (28).....	172
<i>isopropyl alcohol</i> .....	643	JARRO-DOPHILUS ULTRA..	68	KATARAXAP.....	464
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	208	JARRO-DOPHILUS		KATARVIA.....	464
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	208	WOMEN.....	68	KATARYA.....	465
<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	197	Jasmiel (28).....	163	KATARYAXN.....	465
<i>isotretinoin</i> .....	518	JATENZO.....	404	KATERZIA.....	195
<i>isradipine</i> .....	195	Javygtor.....	801	KAXM.....	452
ISTURISA.....	413	JAYPIRCA.....	141, 147	KEIDO.....	465
IS-ZC 50.....	262	JAZZ WIRELESS 2 METER		Kelnor 1/35 (28).....	164
ITHOXIA.....	517	KIT.....	597, 718	Kelnor 1-50 (28).....	164
<i>itraconazole</i> .....	13	JELMYTO.....	141	KELOTOP.....	638, 718
I-VALEX-2.....	272	Jencycla.....	159	KENDALL DISINFECTANT	
IVENIX ADMIN SET 2INLET		JENTADUETO.....	430	CAP.....	553, 718
2YSITE.....	530, 718	JENTADUETO XR.....	430	KENGUARD FOLEY	
IVENIX ADMIN SET 2INLET		JESDUVROQ.....	212	CATHETER.....	552, 718
Y-SITE.....	530, 718	Jinteli.....	411	KERAGEL.....	447, 718
IVENIX ADMIN SET		JIVI.....	227	KERAGELT.....	447, 718
SINGLE-INLET.....	530, 718	JOENJA.....	802	KERALYT SCALP	
IVENIX BLOOD PRODUCT		JOLESSA.....	163	COMPLETE.....	450
ADMIN SET.....	551, 718	JORNAY PM.....	370	KERAMATRIX.....	519
IVENIX LVP EPIDURAL		Joyeaux.....	163	KERASTAT.....	470
ADMIN SET.....	519, 718	JUBLIA.....	494	KERENDIA.....	209
IVENIX LVP EPIDURAL		Juleber.....	163	KERLIX AMD.....	447, 718, 719
SET NRFIT.....	519, 718	JULIE.....	157, 159	KESIMPTA PEN.....	432
<i>ivermectin</i> .....	1	JULUCA.....	16	KETARYA.....	465
IWILFIN.....	140	Junel 1.5/30 (21).....	163	<i>ketoconazole</i> .....	29, 500
IXINITY.....	229	Junel 1/20 (21).....	163	Ketodan.....	500
IYUZEH (PF).....	821	Junel Fe 1.5/30 (28).....	163	KETODAN KIT.....	500
Jaimiess.....	172	Junel Fe 1/20 (28).....	164	KETONE CARE.....	626, 719
JAKAFI.....	153	Junel Fe 24.....	164	KETONE URINE TEST.....	626, 719
Jantoven.....	218	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-		KETONEX-2.....	273
JANUMET.....	430	PROBIOTIC.....	295	<i>ketoprofen</i> .....	119
JANUMET XR.....	430	JUST RIGHT 5000.....	315	<i>ketorolac</i> .....	120, 121, 810
JANUVIA.....	429	JUVAZIN.....	467	KETOSTIX.....	626, 719
JARDIANCE.....	406	JUXTAPID.....	183	KEVARAXAP.....	465
JARRO-DOPHILUS		JYLAMVO.....	131, 142	KEVARTIA.....	465
ALLERGEN FREE.....	67	JYNARQUE.....	799	KEVARYA.....	465
		K1-1000.....	289	KEVEYIS.....	651

KEVZARA.....	127	KOSELUGO.....	149	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	16
KEXM.....	452	KOSHER PRENATAL PLUS		<i>lamotrigine</i> .....	328, 338
KEYA.....	465	IRON.....	237	LAMPIT.....	22
KEYFOLIC.....	283	KOTARAXAP.....	465	<i>lancets</i> .....	597, 719
KIDS MELATONIN.....	382	KOVALTRY.....	227	LANCETS, SUPER THIN	
KIDS MULTI ZERO.....	295	KOVANAZE.....	313	.....	597, 719
KIDS MULTIVITAMIN-		K-PHOS NO 2.....	794	LANCETS, THIN.....	597, 719
MINERALS.....	295	K-PHOS ORIGINAL.....	794	LANCETS, ULTRA THIN	
KIDS SLEEP CALM.....	380	KRAZATI.....	151	.....	597, 719
KIDS SLEEP IMMUNE		K-RIGHT.....	292	<i>lancing device</i> .....	597, 719
HEALTH.....	380	<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		LANCING DEVICE WITH	
KIMONO CONDOMS(NON-		<i>ast</i> .....	200	LANCETS.....	597, 719
LUBRICATED).....	523, 719	KRINTAFEL.....	14	<i>lancing device with lancets</i>	
KIMONO LUBRICATED		KRISTALOSE.....	76	.....	597, 719
CONDOMS.....	523, 719	Kurvelo (28).....	164	LANCING SYSTEM.....	597, 719
KIMONO MICROTHIN		KUTAR.....	465	LANOLIN (HPA).....	470
AQUA LUBE CON.....	523, 719	KUTARVIA.....	465	<i>lansoprazole</i> .....	43
KIMONO MICROTHIN		KUTARYAXM.....	465	<i>lanthanum</i> .....	798
CONDOMS.....	523, 719	KUTARYAXMPA.....	465	LANZO LANCING DEVICE	
KIMONO MICROTHIN		KUTEA.....	452	.....	597, 719
LARGE CONDOMS.....	523, 719	KUVAN.....	801	<i>lapatinib</i> .....	154
KIMONO TEXTURED		KUVARYA.....	465	Larin 1.5/30 (21).....	164
CONDOMS.....	523, 719	KUVARYE.....	466	Larin 1/20 (21).....	164
KINDERLYTE HERBAL		KUXM.....	452	Larin 24 Fe.....	164
IMMUNITY.....	266	KYLEENA.....	171	Larin Fe 1.5/30 (28).....	164
KINDERMED INFANTS		KYZATREX.....	405	Larin Fe 1/20 (28).....	164
COUGH PLUS.....	779	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		<i>latanoprost</i> .....	821
KINDERMED INFANTS		.....	158, 172	LAYOLIS FE.....	164
NIGHT COUGH.....	779	<i>l. acidophilus-b. coagulans</i> ....	68	LC PLUS.....	529, 719
KINERET.....	127	L.E.T. (LIDO-EPINEPH-		LC PLUS NEBULIZER-PED	
Kionex (With Sorbitol).....	275	TETRA).....	458	MASK.....	529, 720
Kiprofen.....	119	L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-		LC-655.....	248
KISQALI.....	153	TETRA).....	458	L-CARNITINE.....	259
KISQALI FEMARA CO-		<i>labetalol</i> .....	196	L-CARNITINE (TARTRATE).....	259
PACK.....	144	<i>lacosamide</i> .....	337	L-CARNOSINE.....	235
KLARITY (CHONDROITIN)		LACRISERT.....	808	LDO PLUS.....	458
(PF).....	808	<i>lactase</i> .....	41	LEENA 28.....	169
Klayesta.....	485	<i>lactated ringers</i> .....	290	LEFLUNICLO.....	127, 453
KLISYRI.....	449	<i>lactobacillus acidophilus</i> .....	68	<i>leflunomide</i> .....	127
Klor-Con M10.....	268	<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar</i>	68	<i>lenalidomide</i> .....	154
Klor-Con M15.....	268	<i>lactulose</i> .....	31, 76	LENVIMA.....	148
Klor-Con M20.....	268	LAGEVRIO (EUA).....	29	Lessina.....	165
KLOXXADO.....	177	LAMICTAL XR STARTER		<i>letrozole</i> .....	156
KOATE.....	227	(BLUE).....	337	<i>leucovorin calcium</i> .....	140
KOGENATE FS.....	227	LAMICTAL XR STARTER		LEUKERAN.....	142
KONSYL DAILY FIBER		(GREEN).....	338	LEUKINE.....	219
(STEVIA).....	48	LAMICTAL XR STARTER		<i>leuprolide</i> .....	156
KONSYL SUGAR-FREE.....	48	(ORANGE).....	338	<i>levalbuterol hcl</i> .....	92
KONVOMEF.....	57	LAMIOFLUR.....	316	<i>levalbuterol tartrate</i> .....	92
KORLYM.....	431	<i>lamivudine</i> .....	18, 29	<i>levamlodipine</i> .....	195



LEVEMIR FLEXPEN.....	401	LIDOPIN.....	459	LOFRIC PRIMO NELATON	
LEVEMIR U-100 INSULIN...	401	LIDOPURE PATCH.....	459	CATHETER.....	552, 720
<i>levetiracetam</i> .....	376	LIDORX.....	459	LOFRIC SENSE NELATON	
LEVICYN ANTIPRURITIC		LIDORXKIT.....	508	CATHETER.....	552, 720
.....	440, 443	LIDOSOL-50.....	459	Lojaimiess.....	173
LEVICYN ANTIPRURITIC		LIDTOPIC MAX.....	459	LOKELMA.....	275
SG.....	487	LIKMEZ.....	15	LONSURF.....	143
LEVICYN DERMAL.....	444	LILETTA.....	171	<i>loperamide</i> .....	38
<i>levobunolol</i> .....	810	<i>linezolid</i> .....	6	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	22
<i>levocarnitine</i> .....	259, 804	LINZESS.....	35, 46	LOPROX KIT.....	507
<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	804	LIORESAL.....	653	<i>lorazepam</i> .....	359, 378
<i>levocarnitine tartrate</i> .....	259	<i>liothyronine</i> .....	422	Lorazepam Intensol.....	359, 378
<i>levocetirizine</i> .....	80, 94	LIPOCHOL PLUS.....	200	LORBRENA.....	145
<i>levofloxacin</i> .....	6, 805	LIPO-FLAVONOID.....	261	LOREEV XR.....	359, 378
Levonest (28).....	169	LIQREV.....	179	LORMATE.....	291
<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>		LIQUACEL.....	264	Loryna (28).....	165
<i>iron</i> .....	165	LIQUID C.....	258	<i>losartan</i> .....	183
<i>levonorgestrel</i> .....	157, 159	LIQUID MULTIVITAMIN.....	283	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	196
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	165	<i>lisdexamfetamine</i> .....	370	LOTEMAX.....	814
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>		<i>lisinopril</i> .....	210	LOTEMAX SM.....	814
.....	169	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>loteprednol etabonate</i> ..	814, 815
Levora-28.....	165	.....	208	LOTREXONE.....	99
<i>levorphanol tartrate</i> .....	106	LITE TOUCH-MEDIUM		LOUTREX.....	461, 487
<i>levothyroxine</i> .....	422, 423	MASK.....	634, 720	<i>lovastatin</i> .....	187
LEVULAN.....	457	LITEAIRE MDI CHAMBER		Low-Ogestrel (28).....	165
LEXETTE.....	456, 481	.....	634, 720	<i>loxapine succinate</i> .....	356
LEXITRAL PHARMAPAK II.	506	LITETOUCH-LARGE MASK		LOYON.....	487
L-GLUTAMINE.....	236	.....	634, 720	Lo-Zumandimine (28).....	165
LIBERVANT.....	359, 361	LITETOUCH-SMALL MASK		<i>lubiprostone</i> .....	34, 58
LICART.....	454	.....	634, 720	LUCEMYRA.....	316
LICE-BEDBUG-MITE		LITFULO.....	436	LUCIRA CHECK-IT COVID	
BEDDING.....	438	<i>lithium carbonate</i> .....	364, 365	HOME TST.....	527, 720
<i>licorice root (g.glabra)</i> .....	785	<i>lithium citrate</i> .....	365	LUER LOCK SYRINGE	
LIDO BDK.....	616	LITHOLYTE.....	793	.....	542, 720
<i>lidocaine</i> .....	138, 458	LITHOSTAT.....	790	LUER SLIP TIP SYRINGE	
<i>lidocaine hcl</i> .....	138, 311, 458	LIVALO.....	187	TRAY.....	542, 720
<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>		LIVER PROTECT.....	781	LUER-LOK TIP.....	542, 720
<i>ac</i> .....	436, 495	LIVITA FOR ADULT.....	284	LUGOLS.....	249, 646
Lidocaine Viscous.....	311	LIVITA FOR CHILDREN.....	295	<i>luliconazole</i> .....	500
<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>		LIVMARLI.....	99	LUMAKRAS.....	151
<i>aloe</i> .....	436	LIVTENCITY.....	22	LUMIGAN.....	821
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	508	L-MESITRAN SOFT.....	447	LUMINOPIA DIGITAL APP	
<i>lidocaine-racepinep-</i>		LMR PLUS.....	508	(30-DAY).....	528, 720
<i>tetracaine</i> .....	458	LO LOESTRIN FE.....	173	LUMRYZ.....	331
<i>lidocaine-tetracaine</i> .....	458	LODOCO.....	99	LUPKYNIS.....	321
Lidocan Iii.....	459	Lofena.....	118	<i>lurasidone</i> .....	355
Lidocan Iv.....	459	LOFRIC.....	552, 720	<i>lutein</i> .....	781
Lidocan V.....	459	LOFRIC HYDRO-KIT...552, 720		<i>lutein-zeaxanthin</i> .....	781
LIDOMARK 1-5.....	138	LOFRIC ORIGO.....	552, 720		
LIDOMARK 2-5.....	138				

<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>	<i>maraviroc</i> .....	<i>meclizine</i> .....
..... 781	28	36
Lutera (28).....	MAR-COF BP.....	<i>meclofenamate</i> .....
165	86	117
LUXAMEND.....	MAR-COF CG.....	<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> ..
487	88	252
LYBALVI.....	Marlissa (28).....	MEDCAPS MENOPAUSE... 785
327, 354, 358	MARNATAL-F.....	MEDIHONEY (CAL
Lyleq.....	238	ALGINATE-HONEY)....
159	MARPLAN.....	447, 722
Lyllana.....	366	MEDIHONEY (HONEY).....
417	MARVONA SUIK (PF).....	447
LYNPARZA.....	139	MEDIHONEY
146	MATULANE.....	(HYDROCOLLOID-HONEY)
<i>lysine hcl</i> .....	155	..... 447, 722
236	Matzim La.....	722
LYSODREN.....	194	MEDISENSE.....
143	MAVENCLAD (10 TABLET	597, 722
LYTGOBI.....	PACK).....	722
144	431	MEDISENSE CONTROLS
LYUMJEV KWIKPEN U-100	MAVENCLAD (4 TABLET	1-HI 1-LO.....
INSULIN.....	PACK).....	598, 722
403	431	MEDISENSE GLUCOSE
LYUMJEV KWIKPEN U-200	MAVENCLAD (5 TABLET	KETONE.....
INSULIN.....	PACK).....	598, 722
404	431	MEDISENSE MID
LYUMJEV TEMPO PEN(U-	MAVENCLAD (6 TABLET	CONTROL.....
100)INSULN.....	PACK).....	598, 722
404	431	MEDISENSE THIN
LYUMJEV U-100 INSULIN..	MAVENCLAD (7 TABLET	LANCETS.....
404	PACK).....	598, 722
LYVISPAH.....	432	<i>medium chain triglycerides</i> ..
653	MAVENCLAD (8 TABLET	274
Lyza.....	PACK).....	MEDLANCE PLUS
160	432	LANCETS.....
MACI.....	MAVENCLAD (9 TABLET	598, 722
650	PACK).....	MEDLANCE PLUS
MACULAPF.....	432	SPECIAL BLADE.....
781	MAVYRET.....	598, 723
<i>mafenide acetate</i> .....	25	MEDPOINT NORMAL
488	MAXFE (FOLATE).....	CONTROL.....
<i>mag citrate-potassium citrate</i>	255	598, 723
.....	MAXICOMFORT II PEN	MEDROL.....
266	NEEDLE.....	419
MAGE.....	566, 721	MEDROLOAN II SUIK.....
69	MAXICOMFORT INSULIN	419
MAGELLAN INSULIN	SYRINGE.....	419
SAFETY SYRNG.....	566, 721, 722	<i>medroxyprogesterone</i> ..
565, 721	MAXI-COMFORT INSULIN	173, 412
MAGELLAN SAFETY	SYRINGE.....	MEDTRONIC EXT
NEEDLE.....	566, 722	INFUSION SET 23".....
542, 721	MAXICOMFORT SAFETY	628, 723
MAGELLAN SAFETY	PEN NEEDLE.....	MEDTRONIC EXT
SYRINGE.....	566, 722	INFUSION SET 32".....
542, 721	MAXIDEX.....	628, 723
MAGELLAN SYRINGE	815	<i>mefenamic acid</i> .....
.....	MAXI-TUSS AC.....	117
542, 566, 721	88	<i>mefloquine</i> .....
MAGIC3 INTERMITTENT	MAXI-TUSS CD.....	14
CATHETER.....	86	MEGARED ADV TOTAL
552, 721	MAXORB EXTRA.....	BODY REFRESH.....
MAGMIND.....	447, 722	200
248	MAYZENT.....	MEGARED ADVANCED 4-
<i>magnesium</i> .....	434	IN-1.....
248	MAYZENT STARTER(FOR	200
<i>magnesium chloride</i> .....	1MG MAINT).....	MEGARED ADVANCED
248	434	TOTAL BODY.....
<i>magnesium citrate</i> .....	MAYZENT STARTER(FOR	201
248	2MG MAINT).....	MEGARED OMEGA-3
<i>magnesium citrate,mag</i>	434	KRILL OIL.....
<i>oxide</i> .....	468	201
248	MB HYDROGEL.....	<i>megestrol</i> .....
<i>magnesium citrate-lemon</i>	468	156, 800
<i>balm</i> .....	MB HYDROGEL	MEKINIST.....
266	(CYCLOMETHICONE).....	149
MAGNESIUM COMPLEX... 248	468	MEKTOVI.....
<i>magnesium glycinate</i> .....	MC 300 NEBULIZER W-	149
248	MOUTHPIECE.....	<i>melatonin</i> .....
MAGNESIUM OPTIMIZER..	529, 722	382, 778
266	MC 300 NEBULIZER-	MELATONINMAX.....
<i>magnesium oxide</i> .....	UNVRSL TUBING.....	382
46, 248	529, 722	
MAHANA IBS.....	MCT OIL.....	
529, 721	273	
<i>malathion</i> .....		
438		

<i>melatonin-pyridoxal phos (b6)</i> .....	380	<i>methen-sod phos-meth blue-hyos</i> .....	30, 796	MICROCYN.....	445, 646
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i> .....	380, 785	<i>me-thfolate glucos-mecobalamin</i> .....	291	MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM.....	598, 623, 723
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i> .....	380, 785	<i>methimazole</i> .....	398	MICRODOT HIGH-LOW CONTROL.....	598, 723
<i>melatonin-theanine</i> .....	380	<i>METHITEST</i> .....	405	MICRODOT LANCET..	598, 723
<i>meloxicam</i> .....	120	<i>methocarbamol</i> .....	653, 654	MICRODOT NORMAL CONTROL.....	598, 723
<i>meloxicam submicronized</i> ...	120	<i>METHOCEL E 4 M</i> .....	641	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	566, 723
<i>memantine</i> .....	790	<i>methotrexate sodium</i> ... 131, 142		MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE.....	623, 724
MEN 50 PLUS		<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	131, 142	Microgestin 1.5/30 (21).....	165
MULTIVITAMIN.....	284	<i>methoxsalen</i> .....	452	Microgestin 1/20 (21).....	165
MENEST.....	417	<i>methscopolamine</i> .....	41	Microgestin 24 Fe.....	166
MENOFEM.....	785	<i>methsuximide</i> .....	350	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	166
MENOPUR.....	423	<i>METHYL PROTECT</i> .....	292	Microgestin Fe 1/20 (28).....	166
MENOSTAR.....	417	<i>methyl salicylate</i> .....	439	MICROLET 2 LANCING DEVICE.....	598, 724
MENQUADFI (PF).....	298	<i>methyldopa</i> .....	181	MICROLET LANCET... 598, 724	
MEN'S 50 PLUS		<i>methyldopa-hydrochlorothiazide</i> .....	180	MICROLET NEXT LANCING DEVICE.....	599, 724
MULTIVITAMIN.....	284	<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ..	643	MICROLIFE PEAK FLOW METER.....	617, 724
MEN'S DAILY GUMMIES... 284		<i>methylergonovine</i> .....	429	<i>microplegic solution no. 1</i> .....	656
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES.....	284	<i>methylphenidate</i> .....	371	<i>microplegic solution no. 1-cp2d</i> .....	656
MEN'S ONE DAILY.....	284	<i>methylphenidate hcl</i> .....	329, 370, 371	MICROSPACER.....	634, 724
MENTAX.....	507	<i>methylprednisolone</i> .....	419	MIDASLOT COVID19 ANTIBODY TEST.....	527, 724
MENTHO-CAINE.....	508	<i>methyltestosterone</i> .....	405	<i>midazolam</i> ... 138, 359, 360, 376	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	299	<i>methyltetrahydrofolate glucos</i> .....	253	<i>midazolam (pf)</i> .....	138, 359
<i>meperidine</i> .....	107	<i>metoclopramide hcl</i> .....	34	<i>midodrine</i> .....	211
<i>meperidine (pf)</i> .....	106, 107	<i>metolazone</i> .....	199	MIEBO (PF).....	808
<i>meprobamate</i> .....	366	<i>metoprolol succinate</i> .....	197	MIFEPREX.....	397
<i>mercaptapurine</i> .....	143	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> .....	193	<i>mifepristone</i> .....	398, 431
Merzee.....	165	<i>metoprolol tartrate</i> .....	197	MIGERGOT.....	397
<i>mesalamine</i> .....	32	<i>metronidazole</i> .....	15, 493, 648	<i>miglitol</i> .....	416
<i>mesalamine with cleansing wipe</i> .....	32	<i>metyrosine</i> .....	180	<i>miglustat</i> .....	803
MESNEX.....	140	<i>mexiletine</i> .....	200	MIGRANOW.....	390
Metadate Er.....	370	Mibelas 24 Fe.....	165	Mili.....	166
<i>metaxalone</i> .....	653	<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet</i> .....	500	<i>milk thistle</i> .....	785
METDRAY.....	470	MICONAZOLE-3.....	648	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	785
METER-CHECK.....	598, 723	MICRO BLOOD GLUCOSE.....	623, 723	<i>milk thistle seed extract</i> .....	785
<i>metformin</i> .....	404	MICRO THIN LANCETS.....	598, 723	Mimvey.....	411
<i>methadone</i> .....	107	MICROAIR MESH NEBULIZER.....	529, 723	MIND AND MEMORY.....	785
Methadone Intensol.....	107	MICROBORE EXTENSION SET.....	530, 723	MINERIN CREME.....	487
Methadose.....	107	MICROCHAMBER.....	634, 723		
<i>methamphetamine</i> .....	351, 370				
<i>methazolamide</i> .....	181				
<i>methenamine hippurate</i> ..	31, 794				
<i>methenamine mandelate</i> .....	31, 794				

MINI LANCING DEVICE	<i>mitomycin (pf) in water</i> .....	807	MONOJECT LUER
.....599, 724	MITOPRIME.....	781	ADAPTER.....553, 727
MINI PLUS NEBULIZER	MITOSOL.....	807	MONOJECT LUER-LOCK
.....529, 724	MK-7.....	289	TIP.....543, 727
MINI ULTRA-THIN II....	MKO (MIDAZOLAM-		MONOJECT MAGELLAN
566, 724	KETAMINE-ONDAN).....	138	SYRINGE.....543, 727
MINI WRIGHT PEAK FLOW	M-M-R II (PF)		MONOJECT PHARMACY
METER.....617, 724	.....296, 300, 304, 309		TRAY LUER 543, 544, 727, 728
MINIMED 630G INSULIN	M-NATAL PLUS.....	238	MONOJECT PHARMACY
PUMP.....614, 724	MOBILE LANCETS....	599, 725	TRAY REG TIP.....544, 728
MINIMED 770G INSULIN	<i>modafinil</i> .....	329	MONOJECT REG TIP NON-
PUMP.....614, 724	MODERNA COVID 23-		STERILE.....544, 728
MINIMED 780G INSULIN	24(6M-11Y)PF.....	307	MONOJECT REGULAR
PUMP.....614, 724	<i>moexipril</i> .....	210	LUER.....544, 728
MINIMED MIO ADVANCE	MOISTURIZING CREAM... 487		MONOJECT SAFETY LUER
INF SET23".....628, 724	MOISTURIZING NORMAL-		LOCK TIP.....544, 729
MINIMED MIO ADVANCE	DRY SKIN.....497		MONOJECT SAFETY
INF SET43".....628, 724	MOITURIZING LOTION..... 487		SYRINGES.....544, 545, 729
MINIMED QUICK SET 18"	<i>molindone</i> .....	366	MONOJECT SMARTIP
.....628, 725	MOMETACURE.....469		CANNULA.....545, 729
MINIMED QUICK SET 23"	<i>mometasone</i> .....88, 481		MONOJECT SYRINGE
.....628, 725	Mondoxyne NI.....10		.....545, 546, 567, 730
MINIMED QUICK SET 32"	MONO-FLO DRAINAGE		MONOJECT SYRINGE
.....628, 725	BAG.....522, 725		ECCENTRI LUER.....545, 729
MINIMED QUICK SET 43"	MONOJECT 140CC		MONOJECT SYRINGE
.....628, 725	PISTON SYRINGE.....542, 725		LUER LOK.....545, 729
MINIMED QUICK-SERTER	MONOJECT 35CC		MONOJECT SYRINGE
(MMT-395).....599, 725	SYRINGE CATH TIP... 542, 726		REGULAR LUER.....545, 730
MINIMED SILHOUETTE 18"	MONOJECT 3CC SYR		MONOJECT SYRINGE
.....628, 725	25GX1".....542, 726		TOOMEY TYPE.....546, 730
MINIMED SILHOUETTE 23"	MONOJECT ALLERGY		MONOJECT TB.....546, 731
.....628, 725	TRAY.....542, 543, 726		MONOJECT TB LUER LOK
MINIMED SILHOUETTE 32"	MONOJECT ALLERGY		.....546, 730
.....628, 725	TRAY DETACH.....542, 726		MONOJECT TB REGULAR
MINIMED SILHOUETTE 43"	MONOJECT BLOOD		LUER TIP.....546, 730
.....629, 725	COLLECTION.....613, 726		MONOJECT TB SAFETY
MINIMED SURE T 18".629, 725	MONOJECT CONTROL		SYRINGE.....546, 730, 731
MINIMED SURE T 23".629, 725	SYRINGE LUER.....543, 726		MONOJECT TUBERCULIN
MINIMED SURE T 32".629, 725	MONOJECT DISPOSABLE		SYRINGE.....546, 547, 731
<i>minocycline</i> .....9, 10, 128, 498	SYRINGE.....543, 726		MONOJECT ULTRA
<i>minoxidil</i> .....211	MONOJECT ECCENTRIC		COMFORT INSULIN... 567, 731
MINREX.....267	NON-STERILE.....543, 726		MONOLET LANCETS. 599, 731
MIRCERA.....217	MONOJECT HYPODERMIC		MONOLET THIN LANCETS
MIRENA.....171	NEEDLES.....543, 726		.....599, 731
MIRO3D.....519	MONOJECT INSULIN		Mono-Linyah.....166
MIRODERM	SAFETY SYRINGE		MONOVISC.....655
FENESTRATED.....519	.....566, 567, 726, 727		MONSEL'S.....213
MIRODERM	MONOJECT INSULIN		<i>montelukast</i> .....90
FENESTRATED PLUS.....519	SYRINGE.....567, 727		MORGIDOX 1X 50.....10
<i>mirtazapine</i> .....348			MORGIDOX 1X100.....10
<i>misoprostol</i> .....40			



MORGIDOX 2X100.....	10	MVW COMPLETE FORM	NANRAN.....	461
<i>morphine</i> .....	107, 108	PROBIOT MINI.....	NAPROTIN.....	116
<i>morphine (pf)</i> .....	107	MVW MODULATOR	<i>naproxen</i> .....	119
<i>morphine concentrate</i> .....	107	FORMUL MULTIVIT.....	<i>naproxen sodium</i> .....	119, 120
<i>morphine in 0.9 % sodium</i>		MVW MODULATR FORM	<i>naproxen-esomeprazole</i> .....	116
<i>chlor</i> .....	107	MINI MULTIVIT.....	<i>naratriptan</i> .....	390
MOTTEGRITY.....	49	MVW MODULATR	NATACHEW (FE BIS-	
MOTOFEN.....	40	FORMLTN PEDIATRIC.....	GLYCINATE).....	238
MOTPOLY XR.....	337	MX-SOL SF.....	NATACYN.....	806, 823
MOUNJARO.....	409	MY CHOICE.....	NATAL PNV.....	258
MOVANTIK.....	175	MY WAY.....	NATAZIA.....	158
MOVE FREE PLUS MSM....	777	MYALEPT.....	<i>nateglinide</i> .....	400
MOVE FREE PLUS MSM-		MYCAPSSA.....	NATESTO.....	405
VIT D3.....	777	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	NAYZILAM.....	360, 361
MOVE FREE ULTRA		<i>mycophenolate sodium</i> .....	<i>nebivolol</i> .....	197
TURMERIC-TAMAR.....	785	MYDRIATIC4(TROP-PROP-	<i>nebulizer and compressor</i>	
MOXATAG.....	3	PE-KTRLC).....	.....	634, 731
MOXICAINE.....	459	MYFEMBREE.....	NEBUSAL.....	641
<i>moxifloxacin</i> .....	6, 805	MYGLUCOHEALTH	Necon 0.5/35 (28).....	166
MUCOSITISRX.....	313	.....	<i>nefazodone</i> .....	348
MUGARD.....	311, 312	.....	NENDRUX.....	470
MULPLETA.....	215	MYGLUCOHEALTH	<i>neomycin</i> .....	4
MULTAQ.....	183	CONTROL SOLUTION.....	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	816
MULTI PRO.....	284	LANCETS.....	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
MULTIA DAILY		MYHIBBIN.....	<i>polymyxin</i> .....	808
MULTIVITAMIN.....	284	MYLERAN.....	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> ....	793
MULTI-LANCET DEVICE 2		MYLK.....	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
.....	599, 731	MYNATAL.....	<i>dexameth</i> .....	816, 817
MULTITOL-M.....	284	MYNATAL ADVANCE.....	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>multivit with min-folic acid</i> ....	284	MYNATAL PLUS.....	<i>gramicidin</i> .....	808
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i>	284	MYNATAL-Z.....	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	
<i>multivitamin</i> .....	270	MYNATE 90 PLUS.....	.....	645, 817
MULTIVITAMIN GUMMIES.	284	MYNEPHRON.....	NEONATAL COMPLETE....	238
MULTI-VITAMIN WITH		MYRBETRIQ.....	NEONATAL FE.....	254
FLUORIDE.....	250	MYROSINASE.....	NEONATAL PLUS VITAMIN	
MULTIVITAMIN WOMEN 50		MYTESI.....	.....	238
PLUS.....	285	MYXREDLIN.....	NEONATAL-DHA.....	238
MULTIVITAMIN-ZINC-		N.O.MAX ER.....	NEOPHE.....	272
STRESS.....	233	<i>nabumetone</i> .....	Neo-Polycin.....	808
MULTI-VIT-FLOR.....	250	<i>nadolol</i> .....	Neo-Polycin Hc.....	817
MULTIVIT-FLUORIDE		<i>naftifine</i> .....	NEOSALUS.....	487
(METAFOLIN).....	250	<i>nalbuphine</i> .....	NEO-SYNALAR.....	464
<i>multivit-min-ferrous fumarate</i>		Nalocet.....	NEO-SYNALAR KIT.....	464
.....	285	<i>naloxone</i> .....	NEOVITE.....	285
<i>multivit-min-ferrous</i>		NALTREX.....	NEPHRO VITAMINS.....	233
<i>gluconate</i> .....	285	<i>naltrexone</i> .....	NEPHRON FA.....	233
<i>mupirocin</i> .....	460	NAMENDA XR.....	NEPHRO-VITE.....	233
<i>mupirocin calcium</i> .....	460	NAMZARIC.....	NEPRO CARB STEADY....	275
MURI-LUBE.....	643	NANO-CHECK COVID-19	NERIVIO DIGITAL APP	
MUSCUSOLICE.....	494	AG TEST.....	(MIGRAINE).....	529, 731

NERLYNX.....	153	NINJACOF-XG.....	88	NORVIR.....	26
NESTABS ABC.....	238	NINLARO.....	145	NOSE CLIP.....	634, 732
NESTABS DHA.....	239	<i>nisoldipine</i> .....	195	NOURIANZ.....	323
NESTABS ONE.....	270	<i>nitazoxanide</i> .....	2	NOVA MAX GLUCOSE	
Neuac.....	511	<i>nitisinone</i> .....	803	TEST.....	623, 732
NEUAC KIT.....	511	Nitro-Bid.....	208	NOVA MAX PLUS GLUC-	
NEULASTA.....	216	NITRO-DUR.....	208	KETON METER.....	615, 732
NEULASTA ONPRO.....	216	<i>nitrofurantoin</i> .....	23, 793	NOVA SAFETY LANCETS	
NEUPOGEN.....	216	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		.....	599, 732
NEUPRO.....	384	.....	23, 793	NOVA SUREFLEX	
NEURAPTINE.....	494	<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>		LANCETS.....	599, 732
NEURIVA DE-STRESS.....	785	<i>cryst</i> .....	23, 793	NOVACORT.....	495
NEURIVA ORIGINAL..	785, 786	<i>nitroglycerin</i> .....	208, 435	NOVAMAX PLUS GLU-KET	
NEUTEK 2TEK TEST		NITROMIST.....	208	.....	599, 732
STRIPS.....	623, 731	NITRO-TIME.....	208	NOVAREL.....	421
NEVANAC.....	810	NITYR.....	803	NOVAVAX COVID 2023-	
<i>nevirapine</i> .....	3	NIVESTYM.....	216	24(PF)(EUA).....	307
NEW DAY.....	157, 159	<i>nizatidine</i> .....	42	NOVOEIGHT.....	227
NEW ZEALAND WHEY		NOCDURNA (MEN).....	410	NOVOFINE 32.....	567, 732
PROTEIN.....	264	NOCDURNA (WOMEN).....	410	NOVOFINE PLUS.....	567, 732
NEWFLORA.....	69	NOCTIVA.....	410	NOVOLIN 70/30 U-100	
NEWGEN.....	239	NOPIOID-LMC KIT.....	652	INSULIN.....	426
NEXA PLUS.....	239	NORA-BE.....	160	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
NEXAVIR.....	470	NORDITROPIN FLEXPRO..	425	U-100.....	426
NEXIUM PACKET.....	43	<i>norelgestromin-</i>		NOVOLIN N FLEXPEN.....	427
NEXIVA.....	531, 732	<i>ethin.estradiol</i> .....	171	NOVOLIN N NPH U-100	
NEXLETOL.....	189	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> ..	166	INSULIN.....	427
NEXLIZET.....	192	<i>norethindrone</i>		NOVOLIN R FLEXPEN.....	427
NEXOBRID.....	488	( <i>contraceptive</i> ).....	160	NOVOLIN R REGULAR	
NEXOBRID POWDER		<i>norethindrone acetate</i> .....	412	U100 INSULIN.....	427
COMPONENT.....	488	<i>norethindrone ac-eth</i>		NOVOPEN ECHO.....	567, 732
NEXPLANON.....	171	<i>estradiol</i> .....	166, 411	NOVOSEVEN RT.....	230
NEXTSTELLIS.....	166	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		NOXAFIL.....	13
NGENLA.....	425	<i>iron</i> .....	166, 169	NOXIPAK.....	469
<i>niacin</i> .....	181, 256	Norgesic Forte.....	651	NP THYROID.....	422
<i>niacin (inositol niacinate)</i> .....	256	<i>norgestimate-ethinyl</i>		NRF2 ACTIVATOR.....	786
<i>niacinamide</i> .....	256	<i>estradiol</i> .....	166, 169	NUBEQA.....	156
Niacor.....	181	NORITATE.....	493	NUCALA.....	95
<i>nicardipine</i> .....	195	NORLIQVA.....	195	NUCORT.....	469
NICOTINAMIDE (WITH		NORMAL SALINE FLUSH..	263	NUCYNTA.....	108
CHROMIUM).....	285	NORM-JECT.....	547, 732	NUCYNTA ER.....	108
<i>nicotine</i> .....	317	NORM-JECT TUBERKULIN		NUDEXTA.....	323
<i>nicotine (polacrilex)</i> .....	317	.....	547, 732	NUFOLA.....	293
NICOTROL NS.....	317	NORMLGEL AG.....	461	NU-IRON.....	254
<i>nifedipine</i> .....	195	NORPACE CR.....	199	NUJO.....	483
NIGHTTIME UNDERPANTS		Nortrel 0.5/35 (28).....	167	NUJU.....	483
L-XL.....	522, 732	NORTREL 1/35 (21).....	167	NULIBRY.....	174
Nikki (28).....	166	Nortrel 1/35 (28).....	167	NUMAQUA VITAMIN..	285, 781
<i>nilutamide</i> .....	156	Nortrel 7/7/7 (28).....	169	NUMBONEX.....	459
<i>nimodipine</i> .....	198	<i>nortriptyline</i> .....	364	NUMOISYN.....	313, 786



NUPLAZID.....	353	<i>octreotide acetate</i> .....	34, 410	OMNI-BIOTIC AB-10.....	69
NURTEC ODT.....	385	ODACTRA.....	299	OMNI-BIOTIC BALANCE.....	69
NUTRASEB.....	487	ODEFSEY.....	27	OMNI-BIOTIC HETOX.....	69
NUTRISOURCE FIBER.....	48	ODOMZO.....	152	OMNI-BIOTIC PANDA.....	69
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	425	OFEV.....	81, 148	OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE.....	69
NUVA III.....	638, 732	OFF ACTIVE.....	490	OMNIFLEX DIAPHRAGM .....	524, 733
NUVAGEL.....	638, 733	OFF DEEP WOODS.....	490	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	611, 733
NUVAZIL II.....	639, 733	<i>ofloxacin</i> .....	6, 644, 805	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	611, 733
NUVESSA.....	648	OGSIVEO.....	139	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	611, 733
NUWIQ.....	227	OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST.....	528, 733	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	611, 734
NUZYRA.....	5, 11	OJEMDA.....	149	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	611, 734
Nyamyc.....	485	OJJAARA.....	140	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	611, 734
Nylia 1/35 (28).....	167	<i>olanzapine</i> .....	327, 354	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	567, 734
Nylia 7/7/7 (28).....	169	<i>olanzapine-fluoxetine</i> .....	327, 349, 354	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	611, 734
NYMALIZE.....	198	<i>olive oil</i> .....	643	OMNIPOD GO PODS..	612, 735
Nymyo.....	167	<i>olmesartan</i> .....	183	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY.....	612, 734
NYNUTEY.....	459	<i>olmesartan-amlodipin- hcthiamid</i> .....	193	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY.....	612, 734
<i>nystatin</i> .....	23, 311, 485	<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i> .....	196	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY.....	612, 734
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	463	<i>olopatadine</i> .....	88, 813	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY.....	612, 734
Nystop.....	485	OLPRUVA.....	803	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY.....	612, 734
NYVEPRIA.....	216	OLUMIANT.....	126, 437	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY.....	612, 735
OASIS ULTRA FENESTRATED.....	509, 733	OMBRA COMPRESSOR SYSTEM.....	634, 733	OMNITROPE.....	425
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED.....	509, 733	OMECLAMOX-PAK.....	46	OMVOH.....	50
OASIS WOUND MATRIX MESHED.....	509, 733	<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i> .....	201	OMVOH PEN.....	50
OB COMPLETE.....	285	OMEGA MONOPURE.....	201	ON CALL EXPRESS CONTROL.....	599, 735
OB COMPLETE ONE.....	239	OMEGA MONOPURE DHA EC.....	201	ON CALL EXPRESS METER.....	599, 735
OB COMPLETE PETITE.....	239	OMEGA MONOPURE EPA EC.....	201	ON CALL EXPRESS TEST STRIP.....	624, 735
OB COMPLETE PREMIER.....	239	OMEGA-3 2100.....	201	ON CALL LANCET.....	599, 735
OB COMPLETE WITH DHA.....	239	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ... ..	188	ON CALL LANCING DEVICE.....	599, 735
OBAGI ELASTIDERM.....	453	<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> ..	201		
OBAGI NU-DERM BLENDER.....	453	OMEGA-3 KRILL OIL.....	201		
OBAGI NU-DERM CLEAR..	453	<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ... ..	201		
OBAGI NU-DERM SUNFADER.....	466	OMEGAPURE 900-TG.....	202		
OBAGI-C CLARIFYING SERUM.....	466	OMEGAPURE PRM.....	202		
OBAGI-C THERAPY NIGHT .....	466	OMEGAPURE-600 EC.....	202		
OBIZUR.....	227	OMEGAPURE-780 EC.....	202		
OBSTETRIX DHA.....	239	OMEGAPURE-820.....	202		
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO.....	239	OMEGAPURE-900 EC.....	202		
OBSTETRIX EC.....	239	<i>omeprazole</i> .....	43		
OBSTETRIX ONE.....	240, 270	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> .....	58		
OALIVA.....	99	OMEZA.....	447		
OCELLA.....	167	OMNARIS.....	89		

ON CALL PLUS CONTROL .....599, 735	ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ..... 286	OPFOLDA..... 801
ON CALL PLUS LANCET .....599, 735	ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE.....286	OPILL..... 160
ON CALL PLUS LANCING DEVICE..... 599, 735	ONE-DAILY MULTI..... 287	<i>opium tincture</i> ..... 33, 38
ON CALL PLUS METER .....600, 735	ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV .....600, 736	OPSUMIT ..... 203
ON CALL PLUS TEST STRIP ..... 624, 735	ONETOUCH DELICA PLUS LANCET ..... 600, 736	OPSYNVI..... 177
ON CALL VIVID CONTROL .....600, 735	ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET ..... 600, 736	OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE ..... 634, 737
ON CALL VIVID METER .....600, 735	ONETOUCH ULTRA CONTROL..... 600, 736	OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK.....634, 737
ON CALL VIVID PAL METER..... 600, 735	ONETOUCH ULTRA TEST .....624, 736	OPTICHAMBER DIAMOND VHC ..... 634, 737
ON CALL VIVID TEST STRIP ..... 624, 736	ONETOUCH ULTRA2 METER..... 600, 736	OPTICHAMBER DIAMOND- MED MSK.....634, 737
ONCOPLEX.....786	ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET ..... 600, 736	OPTICLEANSE GHI.....275
ONCOPLEX ES.....786	ONETOUCH VERIO FLEX METER..... 600, 736	OPTIMAG 125..... 248
<i>ondansetron</i> .....45	ONETOUCH VERIO FLEX START.....600, 736	OPTIMAG NEURO..... 249
<i>ondansetron hcl</i> ..... 45	ONETOUCH VERIO FLEX CONTROL..... 600, 736	OPTIMAG PLUS CALCIUM 247
ONE A DAY MEN COMPLETE.....285	ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL..... 600, 736	OPTION-2.....157, 159
ONE DAILY ESSENTIAL.....285	ONETOUCH VERIO MID CONTROL..... 600, 736	OPTIUM EZ.....624, 737
ONE DAILY MEN'S HEALTH..... 285	ONETOUCH VERIO REFLECT ..... 600, 736	OPTIUM TEST ..... 624, 737
ONE DAILY MULTI-VIT W- MINERAL.....286	ONETOUCH VERIO REFLECT METER.....600, 736	OPTUMRX.....601, 624, 737
ONE DAILY MULTIVITAMIN .....270	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS.....624, 736	OPVEE..... 177
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON..... 286	ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN..... 270	OPZELURA..... 448
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K)..... 286	ONEXTON.....511	ORACIT ..... 793
ONE DAILY WOMEN'S..... 286	ONGENTYS ..... 357	ORAFATE.....312
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES.....286	ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST .....528, 736	ORALAIR.....300
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS..... 286	ON-THE-GO LANCETS .....601, 736	Oralone.....312
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE.....286	ONUREG ..... 143	ORALYTE.....266
ONE-A-DAY PRENATAL.....258	ONZDEAXIADEMTAR.....514	ORAMAGICRX.....311
ONE-A-DAY PRENATAL-1. 240	ONZDEAXIADEMVAR..... 514	ORAPEUTIC.....311
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT..... 286	ONZDEAXIATAR.....514	ORAQIX.....313
ONE-A-DAY TRUBIOTICS.... 69	ONZDEAXIAVAR..... 514	ORAVIG.....29
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES.....286	ONZDEAXIAZAR.....514	ORAXINOL..... 786
	ONZDEOXIA..... 511	<i>oregano oil-flaxseed oil</i> .....786
	ONZETRA XSAIL..... 390	ORENCIA ..... 128
	OPCICON ONE-STEP 157, 159	ORENCIA CLICKJECT..... 128
		ORENITRAM..... 178
		ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT..... 178
		ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT..... 178
		ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT..... 178
		ORFADIN..... 803
		ORGANIC NIPPLE BALM... 487
		ORGOVYX..... 151
		ORIAHNN.....428
		ORLISSA.....428



PEGASYS.....	25	PHASEAL INFUSION		PILOT COVID-19 AT-HOME	
<i>peg-electrolyte soln</i> .....	52	CLAMP .....	554, 739	TEST .....	528, 740
PEMAZYRE.....	144	PHASEAL INJECTOR LUER		<i>pimecrolimus</i> .....	484
PEN NEEDLE.....	568, 738	.....	554, 739	<i>pimozide</i> .....	365
<i>pen needle, diabetic</i>		PHASEAL INJECTOR LUER		Pimtreea (28).....	173
.....	568, 738, 739	LOCK.....	554, 739	<i>pindolol</i> .....	212
<i>pen needle, diabetic, safety</i>		PHASEAL PROTECTOR		<i>pioglitazone</i> .....	416
.....	568, 739	.....	554, 740	<i>pioglitazone-glimepiride</i> .....	408
PENBRAYA (PF).....	299	PHASEAL SECONDARY		<i>pioglitazone-metformin</i> .....	407
<i>penciclovir</i> .....	439	SET .....	531, 740	PIP BLOOD GLUCOSE	
<i>penicillamine</i> .....	128, 175	PHASEAL Y-SITE.....	531, 740	MONITOR.....	601, 740
<i>penicillin v potassium</i> .....	27	PHEBURANE.....	803	PIP BLOOD GLUCOSE	
PENNSAID.....	454	PHEDRAX.....	463	TEST STRIP.....	624, 740
<i>pentamidine</i> .....	31	<i>phenazopyridine</i> .....	791	PIP GLUCOSE CONTROL	
PENTASA.....	32	<i>phenelzine</i> .....	366	SOLN L1-L2.....	601, 740
<i>pentazocine-naloxone</i> .....	130	PHENEX-1.....	263, 272	PIP LANCET.....	601, 740
PENTIPS.....	568, 739	PHENEX-2.....	272	PIP PEN NEEDLE.....	568, 740
<i>pentoxifylline</i> .....	232	<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i>		PIQRAY.....	146
PEPCIX.....	262	<i>scop</i> .....	39	<i>pirfenidone</i> .....	82
PEPTAMEN JUNIOR PHGG		<i>phenobarbital</i> .....	336, 377	<i>piroxicam</i> .....	120
.....	275	PHENOHYTRO.....	39, 40	PIVOT SILVER ALGINATE.....	447
Percocet.....	114, 125	<i>phenol</i> .....	645	PIXEL COVID19 HOME	
<i>perindopril erbumine</i> .....	210	<i>phenoxybenzamine</i> .....	210	COLLECT KIT.....	528, 740
Periogard.....	314	<i>phenylephrine hcl</i> .....	819	PLANTAGO-HOMACCORD.....	316
<i>permethrin</i> .....	438	<i>phenyleph-tropicamide in</i>		PLATINUM GLUCOSE	
<i>perphenazine</i> .....	334	<i>water</i> .....	808	METER.....	601, 740
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	349	<i>phenytoin</i> .....	343	PLATINUM TEST STRIP	
PERSONAL BEST FULL		<i>phenytoin sodium extended</i> .....	344	.....	624, 740
RANGE.....	617, 739	PHEODOYO.....	460	PLEGRIDY.....	433
PERSONAL BEST LOW		PHEOXIA.....	463	PLENVU.....	52
RANGE.....	617, 739	PHEXXI.....	171	PLEXION NS.....	461
PERTZYE.....	59	PHEYO.....	463	PMS SOOTHE.....	786
PETROLEUM GAUZE.....	613, 739	Philith.....	167	PNEUMOVAX-23.....	298
PFIZER COVID 2023-24(5Y-		PHLEXY-VITS.....	287	PNV TABS 20-1.....	258
11Y)PF.....	307	PHOSPHALINE.....	179	PNV-DHA.....	270
PFIZER COVID 2023-		PHOSPHOLINE IODIDE.....	807	PNV-DHA + DOCUSATE....	240
24(6MO-4Y)PF.....	307	PHOSPHOROUS		PNV-OMEGA.....	287
PFLEX INSPIRATORY		SUPPLEMENT.....	271	PNV-SELECT.....	240
TRAINER.....	635, 739	PHOTREXA.....	811	POCKET CHAMBER... 635, 740	
PHARMABASE BARRIER... 489		PHOTREXA CROSS-		POCKET PEAK FLOW	
PHARMACIST CHOICE		LINKING KIT.....	811	METER.....	617, 740
.....	624, 739	PHOTREXA VISCOUS.....	811	PODOCON.....	450
PHARMACIST CHOICE		PHYSIOLYTE.....	290	<i>podofilox</i> .....	450
GLUCOSE SYS.....	601, 739	PHYSIOSOL IRRIGATION..	290	POGO AUTOMATIC	
PHASEAL ASSEMBLY		<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ... 290		BLOOD GLUC SYS.....	601, 740
FIXTURE.....	553, 739	PIFELTRO.....	3	POKONZA.....	268
PHASEAL CONNECTOR		PIKO 1.....	617, 740	POLY HUB NEEDLE... 547, 740	
LUER LOCK.....	554, 739	PILLOW MASK CHILD.....	635, 740	Polycin.....	809
PHASEAL INFUSION		<i>pilocarpine hcl</i> .....	312, 807	<i>polymyxin b sulf-</i>	
ADAPTER.....	554, 739			<i>trimethoprim</i> .....	809



<i>polysaccharide iron complex</i>	PREBIOTIC FIBER.....49	<i>pregabalin</i>
.....254	PREBIOTIC FIBER (FOS).....48	325, 326, 332, 333, 337, 383,
<i>polysorbate 80</i> .....642	PREBIOTIC INULIN-FOS.....49	387, 388
POLY-TUSSIN AC.....87	PRECISION.....601, 741	PREGEN DHA.....240
POLY-VI-FLOR	PRECISION GLUCOSE	PREGNYL.....421
(ARCOFOLIN).....250	CONTROL SOLN.....601, 741	PREHEVBRIO (PF).....310
POLY-VI-FLOR DROPS.....251	PRECISION	PRELIEF.....40
POLY-VI-FLOR DROPS	GLUCOSE/KETONE	PREMARIN.....418, 648
(ARCOFOLIN).....250	CONTR.....601, 741	PREMIER BLU GLUCOSE
POLY-VI-FLOR IRON	PRECISION PCX PLUS	METER.....601, 741
DROP(ARCOFO).....251	TEST.....624, 741	PREMIER CLASSIC
POLY-VI-FLOR W-	PRECISION PCX TEST	GLUCOSE METER.....601, 741
IRON(ARCOFOLIN).....251	.....624, 741	PREMIER COMPACT
POLY-VITA DROPS.....250	PRECISION POINT OF	GLUCOSE METER.....601, 741
POLY-VITA WITH IRON.....295	CARE TEST.....624, 741	PREMIER TEST STRIP
POMALYST.....154	PRECISION Q-I-D TEST	.....624, 741
PONVORY.....434	.....624, 741	PREMIER VOICE
PONVORY 14-DAY	PRECISION XTRA	GLUCOSE METER.....601, 741
STARTER PACK.....434	KETONE-GLUCOSE...615, 741	PREMIUM BLOOD
POPULUS COMPOSITUM..316	PRECISION XTRA	GLUCOSE MONITOR..602, 741
PORTABLE NEBULIZER	MONITOR.....601, 741	PREMIUM V10
SYSTEM.....635, 741	PRECISION XTRA TEST	.....602, 624, 741, 742
Portia 28.....167	.....624, 741	PREMPHASE.....411
<i>posaconazole</i> .....13	PRED MILD.....815	PREMPRO.....411
<i>potassium chloride</i> .....268	<i>prednicarbate</i> .....481	PRENA1 CHEW.....240
<i>potassium citrate</i> .....268, 793	<i>prednisoln sp-moxiflox-</i>	PRENA1 PEARL.....240
<i>potassium citrate-citric acid</i> .793	<i>bromfen</i> .....817	PRENA1 TRUE.....241
<i>potassium gluconate</i> .....268	<i>prednisolone</i> .....419	PRENAISSANCE.....241
<i>potassium iodide</i> .....249	<i>prednisolone acetate</i> .....815	PRENAISSANCE PLUS.....241
<i>potassium, sodium</i>	<i>prednisolone acetate (pf)</i> .....815	PRENATA.....241
<i>phosphates</i> .....272	<i>prednisolone acetate-</i>	PRENATABS FA.....241
<i>povidone-iodine</i> .....807	<i>bromfenac</i> .....818	PRENATABS RX.....241
PR BENZOYL PEROXIDE..516	<i>prednisolone acetate-</i>	PRENATAL 19.....241
PR CREAM.....467	<i>nepafenac</i> .....819	PRENATAL 19 (WITH
PR NATAL 400.....240	<i>prednisolone sod ph-bromf</i>	DOCUSATE).....241
PR NATAL 400 EC.....240	<i>(pf)</i> .....819	PRENATAL ESSENTIALS..241
PR NATAL 430.....240	<i>prednisolone sod ph-</i>	PRENATAL GUMMIES
PR NATAL 430 EC.....240	<i>moxiflox</i> .....817	(DHA-EPA).....287
PRADAXA.....222	<i>prednisolone sodium</i>	PRENATAL
PRAKETAMIDE.....494	<i>phosphate</i> .....419, 420, 815	GUMMIES(ZINC CHELATE)
<i>pralidoxime</i> .....176	<i>prednisolone-moxiflo-</i>	.....258
PRALUENT PEN.....189, 190	<i>nepafenac</i> .....818	PRENATAL MULTI-
<i>pramipexole</i> .....384	<i>prednisolone-moxifloxacin</i>	DHA(WITH VIT K).....241
PRAMOSONE.....495	<i>hcl</i> .....817	PRENATAL
<i>prasterone (dhea)</i> .....779	<i>prednisolone-moxiflox-</i>	MULTIVITAMINS.....241
<i>prasugrel</i> .....222	<i>bromfen</i> .....818	PRENATAL PLUS.....242
<i>pravastatin</i> .....187	<i>prednisolon-moxiflox-</i>	PRENATAL PLUS
<i>praziquantel</i> .....2	<i>bromf(pf)</i> .....818	(CALCIUM CARB).....242
<i>prazosin</i> .....210	<i>prednisone</i> .....420	PRENATAL PLUS DHA.....242
PREBIOMAX.....69	PREDNISON INTENSOL..420	

PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL.....	242	<i>primaquine</i> .....	14	PROBIOTIC	
PRENATAL VITAMIN.....	242	PRIMEAIRE.....	635, 742	ACIDOPHILUS(14-STRN).....	71
PRENATAL VITAMIN PLUS		PRIMIDAR.....	70	PROBIOTIC COLON	
LOW IRON.....	242	<i>primidone</i> .....	336	SUPPORT.....	71
PRENATAL-U.....	270	Primlev.....	114, 125	PROBIOTIC DIGEST SUPP	
PRENATE AM.....	270	PRIMSOL.....	4	(4-STRN).....	72
PRENATE CHEWABLE.....	270	PRIORIX (PF)		PROBIOTIC DIGEST SUPP	
PRENATE DHA.....	270	.....	296, 301, 304, 309	(6-STRN).....	72
PRENATE DHA (FERR ASP		PRO COMFORT INSULIN		PROBIOTIC	
GLYCIN).....	242	SYRINGE.....	568, 742	DIGEST(L.RHAM,INULN).....	72
PRENATE ELITE.....	242	PRO COMFORT LANCET		PROBIOTIC	
PRENATE ELITE (IRON		.....	602, 742	DIGEST(LACTO,BIFIDO).....	72
ASP GLYC).....	242	PRO COMFORT PEN		PROBIOTIC DUO.....	72
PRENATE ENHANCE.....	242	NEEDLE.....	568, 742	PROBIOTIC FORMULA	
PRENATE ESSENTIAL.....	271	PRO COMFORT SAFETY		(INULIN).....	72
PRENATE		LANCET.....	602, 742	PROBIOTIC PEARLS	
ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)		PRO COMFORT TENS		ACIDOPHILUS.....	72
.....	271	ELECTRODE.....	521, 742	PROBIOTIC PEARLS	
PRENATE MINI (FERR ASP		PRO COMFORT TENS		WOMEN'S.....	72
GLYCIN).....	242	UNIT.....	521, 742	PROBIOTIC YEAST	
PRENATE PIXIE.....	243	PRO VOICE V8 GLUCOSE		SUPPORT.....	72
PRENATE RESTORE.....	243	MONITOR.....	602, 742	PROBIOTIC-IMMUNE.....	73
PRENATE STAR.....	243	PRO VOICE V8-V9 TEST		PROBIZEN.....	73
PREPIDIL.....	415	STRIP.....	624, 742	PROCARE COMPRESSOR	
PRESERA.....	487	PRO VOICE V9 GLUCOSE		NEBULIZER.....	635, 743
PRESERVISION AREDS 2		MONITOR.....	602, 743	PROCARE PEDIATRIC	
PLUS MV.....	287, 781	PROAIR DIGIHALER.....	92	NEBULIZER.....	635, 743
PRESERVISION AREDS-2.	781	PROAIR RESPICLICK.....	92	PROCARE SPACER WITH	
PRESSURE ACTIVATED		PROBACAP.....	70	ADULT MASK.....	636, 743
LANCETS.....	602, 742	<i>probenecid</i> .....	788	PROCARE SPACER WITH	
PRESTALIA.....	207	<i>probenecid-colchicine</i> .....	787	CHILD MASK.....	636, 743
PRESTO PRO BLOOD		PROBICHEW.....	70	PROCEL SINGLES.....	264
GLUCOSE METER.....	602, 742	PROBIO DEFENSE.....	70	PRO-CEPTION.....	521, 743
<i>pretomanid</i> .....	22	PROBIOMAX 350 DF.....	70	PROCHAMBER.....	636, 743
Prevalite.....	182	PROBIOMAX COMPLETE		<i>prochlorperazine</i> .....	36
PREVENT DROPSAFE PEN		DF.....	70	<i>prochlorperazine maleate</i>	
NEEDLE.....	568, 742	PROBIOMAX DAILY DF.....	70	.....	36, 334
PREVNAR 20 (PF).....	298	PROBIOMAX DF.....	70	PROCORT.....	436
PREVYMIS.....	1	PROBIOMAX IG 26 DF.....	70	PROCRIT.....	218
PREZCOBIX.....	22, 25	PROBIOMAX LEAN DF.....	71	PROCTOFOAM HC.....	436
PREZISTA.....	25	PROBIOMAX PLUS DF.....	71	Procto-Med Hc.....	435, 481
PRIALT.....	112	PROBIOMAX SB DF.....	71	Proctosol Hc.....	435, 481
PRIFTIN.....	20, 28	PROBIOMAX SERENITY.....	71	Proctozone-Hc.....	435, 481
PRILO PATCH.....	496	PROBIONEXX.....	71	PROCYSBI.....	792
PRILOSEC.....	44	PROBIOTIC.....	72	PRODIGY AUTOCODE	
PRIMACARE.....	243	PROBIOTIC (B.		METER.....	602, 743
PRIMADOPHILUS BIFIDUS..	70	COAGULANS).....	71	PRODIGY AUTOCODE	
PRIMADOPHILUS		PROBIOTIC (S.BOULARDII).	71	MONITOR SYST.....	602, 743
ORIGINAL.....	70	PROBIOTIC (WITH		PRODIGY CONTROL	
		VITAMIN D3).....	71	SOLUTION, LOW.....	602, 743



PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH.....	602, 743	PROSILK.....	639, 744	<i>pyrazinamide</i> .....	21
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	568, 569, 743	PROSILK GEL.....	468	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	650
PRODIGY LANCETS..	602, 743	PROSOURCE.....	264	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> .....	257
PRODIGY LANCING DEVICE.....	602, 743	PROTECT IRON LIQUID....	255	<i>pyrimethamine</i> .....	14
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER.....	529, 743	PROTHELIAL.....	313	PYRUKYND.....	231
PRODIGY NO CODING.....	624, 743	<i>protiptyline</i> .....	364	QALSODY.....	649
PRODIGY POCKET METER.....	602, 744	PROTYL AG.....	447	QBRELIS.....	210
PRODIGY TWIST TOP LANCET.....	602, 744	PROVENT.....	636, 744	QBREXZA.....	453
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER.....	602, 744	PROVENT STARTER.	636, 744	Q-CARE RX Q2.....	638
PROFILNINE.....	230	PROVIDA OB.....	243	Q-CARE RX Q4.....	638
PROFINAC.....	454	PROVIMIN.....	275	QELBREE.....	395, 396
PROFOLA.....	287	PROVISC.....	812	QINLOCK.....	148
<i>progesterone</i> .....	412	PROXIVOL.....	459	QNASL.....	89
<i>progesterone micronized</i> .....	412	PRUCLAIR.....	488	QTERN.....	413
PROGRAF.....	321	PRUMYX.....	488	QUAKE VIBRATORY PEP.....	636, 745
PROLASTIN-C.....	93	PS1 ACIURGY PACK.....	443	<i>quazepam</i> .....	360, 376
Prolate.....	114, 125	PS2 ACIURGY PACK.....	443	<i>quercetin</i> .....	289
PROMACTA.....	215	PSORINOHEEL.....	316	<i>quetiapine</i> .....	327, 356
PROMELLA.....	73	<i>psyllium husk</i> .....	49	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST.....	528, 745
<i>promethazine</i> .....	36, 77, 80	<i>psyllium husk (with sugar)</i> .....	49	QUICKVUE SARS ANTIGEN.....	528, 745
Promethazine Vc.....	78	<i>pterostilbene</i> .....	786	QUIDROXZAR.....	449
<i>promethazine-codeine</i> .....	92	PTS COLLECT CAPILLARY TUBE.....	521, 744	QUIHOXAXIA.....	449
<i>promethazine-dm</i> .....	83	PTS PANELS EGLU TEST STRIP.....	625, 744	QUIHOXVAR.....	449
Promethegan.....	36, 77, 80	PULMICORT FLEXHALER... TUBE.....	84	QUILLICHEW ER.....	372
PROMISEB.....	461, 488	PULMO-AIDE COMPRESSOR.....	636, 744	QUILLIVANT XR.....	372, 373
PRONAL.....	470	PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL.....	636, 744	<i>quinapril</i> .....	210
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS.....	636, 744	PULMOZYME.....	95	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	208
PRONEB MAX COMPRESSR-LC SPRINT.....	636, 744	PURACOL PLUS AG... TUBE.....	447, 744	<i>quinidine gluconate</i> .....	199
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM.....	636, 744	PURATHICK.....	642, 643	<i>quinidine sulfate</i> .....	199
PROOXIA.....	466	PURE COMFORT LANCETS.....	602, 744	<i>quinine sulfate</i> .....	14
<i>propafenone</i> .....	204	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	569, 745	QUINIXIL.....	469
<i>proparacaine</i> .....	820	PURE COMFORT SAFETY LANCETS.....	603, 745	QUINJA.....	452
PROPIMEX-2.....	272	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	569, 745	QUINTET AC.....	603, 625, 745
<i>propranolol</i> .....	206	PUREAIR MINI NEBULIZER.....	636, 745	QUINTET BLOOD GLUCOSE METER.....	603, 745
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> .....	193	PURECOMFORT PEAK FLOW METER.....	617, 745	QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS.....	625, 745
<i>propylthiouracil</i> .....	398	PURELAN.....	470	QUIT 2.....	318
		PURIXAN.....	143	QUIT 4.....	318
		PUSH BUTTON SAFETY LANCETS.....	603, 745	QULIPTA.....	385
				QUTENZA.....	439
				QUVVIQ.....	358
				QVAR REDIHALER.....	84
				<i>rabeprazole</i> .....	44
				RADIAGEL.....	470
				RADIAPLEXRX.....	468

RADICAVA ORS.....	650	REGENECARE WITH ALOE	.....	459	REPATHA SURECLICK	.....	190, 191
RADICAVA ORS STARTER		REGIOCIT (EUA).....	228	REGRANEX.....	439	REPATHA SYRINGE..	190, 191
KIT SUSP.....	650	REGULOID (ASPARTAME)..	49	REGULOID (PSYLLIUM		REPEL.....	491
RADIOGARDASE.....	176, 177	HUSK).....	49	REGULOID (PSYLLIUM		REPEL SPORTSMEN.....	491
RAGWITEK.....	300	HUSK-SUCRO).....	49	REGULORA IBS DIGITAL		REPHRESH PRO-B.....	73
<i>raloxifene</i> .....	415	APP.....	529, 746	REJUVAFLOR.....	73	REPLENS EXTERNAL	
<i>ramelteon</i> .....	379	RELAGARD.....	649	RELAFEN DS.....	121	COMFORT.....	649
<i>ramipril</i> .....	210	RELAX NIGHT CALM.....	380	RELENZA DISKHALER.....	24	REPLICARE DRESSING	
RANGER READY		RELEUKO.....	216	RELEXII.....	373	.....	448, 747
REPELLENT.....	491	RELIAMED LANCET... 603,	746	RELIAMED MINI LANCING		REPLICARE THIN.....	448, 747
<i>ranolazine</i> .....	205	DEVICE.....	603, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		REPLICARE ULTRA	
RAPID SARS-COV-2 AG		LANCETS.....	603, 746	RELIAMED TWIST AND		DRESSING.....	448, 747
HOME TEST.....	528, 745	CAP LANCET.....	603, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		REPOZEN SLEEP AID.....	380
RAPPORT VACUUM		RELION ALL-IN-ONE		RELIAMED SAFETY SEAL		RESISTANCE FORMULA	
THERAPY.....	611, 745	METER.....	603, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		PROBIOTIC.....	73
<i>rasagiline</i> .....	360	RELION CONFIRM.....	603, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		RESPA-AR.....	79
RASUVO (PF).....	131, 132	RELION CONFIRM-MICRO		RELIAMED SAFETY SEAL		RESTASIS.....	816
RATE FLOW REGULATOR		.....	625, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		RESTASIS MULTIDOSE.....	816
IV SET.....	531, 746	RELION MICRO GLUCOSE		RELIAMED SAFETY SEAL		RESTORE.....	448, 613, 747
RAVICTI.....	803	MONITOR.....	603, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		RESTORE CALCIUM	
RAYALDEE.....	802	RELION PRIME METER		RELIAMED SAFETY SEAL		ALGINATE.....	448
RAYASAL.....	450	.....	603, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		RESTORE FUSION RENAL	
RAYASORE KIT.....	443	RELION PRIME TEST		RELIAMED SAFETY SEAL		SUPPORT.....	275
RAYOS.....	420	STRIPS.....	625, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		RESTORE RENAL	
REBIF (WITH ALBUMIN)....	433	RELION ULTIMA.....	625, 746	RELIAMED SAFETY SEAL		SUPPORT.....	275
REBIF REBIDOSE.....	433	RELISTOR.....	175, 176	RELIAMED SAFETY SEAL		<i>resveratrol-ascorbic acid</i> .....	786
REBIF TITRATION PACK... 433		RELIZORB.....	554, 747	RELIAMED SAFETY SEAL		RETACRIT.....	218
REBINYN.....	230	RELTONE.....	34	RELIAMED SAFETY SEAL		RETEVMO.....	152
REBYOTA.....	31	REMEDIENT.....	287	RELIAMED SAFETY SEAL		RETHYMIC.....	306
RECEDO.....	468	REMIFEMIN MENOPAUSE	786	RELIAMED SAFETY SEAL		RETIN-A MICRO PUMP.....	517
Reclipsen (28).....	167	RENACARB.....	245	RELIAMED SAFETY SEAL		REUSABLE NEBULIZER	
RECOMBINATE.....	227	RENACIDIN.....	792	RELIAMED SAFETY SEAL		KIT.....	636, 747
RECOMBIVAX HB (PF).....	310	RENAMENT.....	275	RELIAMED SAFETY SEAL		REVCovi.....	174
RECONSTITUBE.....	521, 746	RENEEL.....	316	RELIAMED SAFETY SEAL		REVEAL BLOOD	
RECORLEV.....	413	<i>repaglinide</i> .....	400	RELIAMED SAFETY SEAL		GLUCOSE METER.....	603, 747
RECOTHROM.....	213	REPATHA PUSHTRONEX		RELIAMED SAFETY SEAL		REVEAL TEST STRIP.....	625, 747
RECOTHROM SPRAY KIT.....	213	.....	189, 191	RELIAMED SAFETY SEAL		REVITAFLOr.....	73
RECTIV.....	435			RELIAMED SAFETY SEAL		REXULTI.....	356
<i>red beet root-sour cherry ext</i>				RELIAMED SAFETY SEAL		REYATAZ.....	26
.....	786			RELIAMED SAFETY SEAL		REYVOW.....	385
<i>red yeast rice</i> .....	786			RELIAMED SAFETY SEAL		REZDIFFRA.....	99
<i>red yeast rice extract</i> .....	786			RELIAMED SAFETY SEAL		REZLIDHIA.....	146
REFUAH PLUS.....	625, 746			RELIAMED SAFETY SEAL		REZUROCK.....	128
REFUAH PLUS GLUCOSE				RELIAMED SAFETY SEAL		REZVOGLAR KWIKPEN.....	401
CONTROL.....	603, 746			RELIAMED SAFETY SEAL		RHOFADe.....	493
REFUAH PLUS GLUCOSE				RELIAMED SAFETY SEAL		RHOPRESSA.....	822
MONITOR.....	603, 746			RELIAMED SAFETY SEAL		<i>ribavirin</i> .....	2, 24
REGENECARE.....	459			RELIAMED SAFETY SEAL		<i>riboflavin (vitamin b2)</i> .....	256
				RELIAMED SAFETY SEAL		<i>ribose</i> .....	273

RIDAURA.....	129	RITEFLO AEROCHAMBER		<i>saccharomyces boulardii</i> .....	73
<i>rifabutin</i> .....	20, 28	.....	636, 748	<i>saccharomyces boulardii</i> -	
<i>rifampin</i> .....	20, 28	<i>ritonavir</i> .....	26	yeast.....	73
RIGHTEST CONTROL		<i>rivastigmine</i> .....	790	SAFESNAP INSULIN	
SOLUTION HIGH.....	603, 747	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	789	SYRINGE.....	569, 748, 749
RIGHTEST CONTROL		RIVELSA.....	158	SAFESNAP SYRINGE	
SOLUTION NORM.....	604, 747	RIVFLOZA.....	799	.....	547, 548, 749
RIGHTEST GC250S CNTRL		RIXUBIS.....	230	SAFETY LANCETS.....	604, 750
SOL NORM.....	604, 747	<i>rizatriptan</i> .....	390	<i>safety needles</i> .....	548, 750
RIGHTEST GC700 LEV 2		<i>r-lipoic acid-biotin</i> .....	781	SAFETY PEN NEEDLE	
CTRL SOLN.....	604, 747	R-NATAL OB.....	243	.....	569, 750
RIGHTEST GD500		ROAOXIA.....	506	SAFETY SEAL LANCETS	
LANCING DEVICE.....	604, 747	ROBINSON CLEAR VINYL		.....	604, 750
RIGHTEST GL300		CATHETER.....	552, 748	SAFETY-LET LANCETS	
LANCETS.....	604, 747	ROCKLATAN.....	820	.....	604, 750
RIGHTEST GM250S		<i>roflumilast</i> .....	85	SAIZEN SAIZENPREP.....	425
GLUCOSE METER.....	604, 747	ROLVEDON.....	216	Sajazir.....	181
RIGHTEST GM260		<i>ropinirole</i> .....	384	SALICATE.....	450
GLUCOSE METER.....	604, 747	<i>ropivacaine (pf)-nacl,iso-osm</i>		<i>salicylic acid</i> .....	450, 451
RIGHTEST GM550		.....	139	<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>	
SYSTEM.....	604, 747	<i>ropivacaine(pf)-0.9 %</i>		.....	451
RIGHTEST GM700SB		<i>sodchlor</i> .....	139	SALIMEZ FORTE.....	451
GLUCOSE METER.....	604, 748	Rosadan.....	493	SALIVAMAX.....	313
RIGHTEST GS250S TEST		ROSADAN.....	493	SALOXICIN.....	786
STRIPS.....	625, 748	ROSULA.....	511	<i>salsalate</i> .....	117
RIGHTEST GS260 TEST		ROSULA CLEANSING		SALVAX.....	451
STRIPS.....	625, 748	CLOTHS.....	511	SALVAX DUO PLUS.....	501
RIGHTEST GS550 TEST		<i>rosuvastatin</i> .....	187	SALYNTRA.....	451
STRIPS.....	625, 748	ROSZET.....	204	SAMBUCUS ELDERBERRY	
RIGHTEST GS700 TEST		ROTARIX.....	296, 304	ORIGINAL.....	786
STRIP.....	625, 748	ROTATEQ VACCINE..	296, 305	SAMBUCUS ELDERBERRY	
RIGHTEST GT333		ROXYBOND.....	110	VITAMIN C.....	259
GLUCOSE METER.....	604, 748	ROZLYTREK.....	148	SAMI THE SEAL.....	636, 750
RIGHTEST GT333 LEV 2		RUBBER MOUTHPIECE		SAMI THE SEAL MASK	
CTRL SOLN.....	604, 748	.....	636, 748	.....	636, 750
RIGHTEST GT333 TEST		RUBRACA.....	146	SANADERMRX.....	469
STRIP.....	625, 748	RUCONEST.....	214	SANCUSO.....	45
RIGHTEST MAX PLUS		<i>rufinamide</i> .....	343	SANDIMMUNE.....	123, 321
GLUCOSE MTR.....	604, 748	RUKOBIA.....	16	SANTYL.....	471
RIGHTEST MAX TEST		RYALTRIS.....	78	<i>sapropterin</i> .....	801
STRIP.....	625, 748	RYBELSUS.....	408	SAROXIA.....	515
<i>riluzole</i> .....	654	RYDAPT.....	148	SAVAYSA.....	225
<i>rimantadine</i> .....	25	RYDEX.....	87	SAVELLA.....	324, 363
<i>ringer's</i> .....	290	RYLAZE.....	153	<i>saw palmetto</i> .....	786
RINVOQ.....	33, 126, 448	RYNODERM.....	450	SAWYER CONTROLLED	
RIOMET ER.....	404	RYPLAZIM.....	231	RELEASE.....	491
<i>risedronate</i> .....	414, 415	RYTARY.....	383	<i>saxagliptin</i> .....	429
<i>risperidone</i> .....	327, 365	SABAL-HOMACCORD.....	316	<i>saxagliptin-metformin</i> .....	430
		SABRIL.....	344	SCALACORT DK.....	482
		<i>saccharin</i> .....	256	SCARCARE.....	489, 639

SCARCIN PAD PLUS..639, 750	SF 5000 PLUS.....315	<i>sitagliptin</i> .....429
SCARCINPAD..... 639, 750	Sharobel..... 160	SIVEXTRO..... 6
SCARHEAL..... 639, 750	<i>shilajit</i> .....786	SKARLITE..... 639, 751
SCARSILK.....639, 750	SHINGRIX (PF)..... 303	SKY SAFETY PEN NEEDLE
SCARSILK GEL.....468	SIDESTREAM..... 529, 750	.....569, 751
SCEMBLIX..... 148	SIDESTREAM MASK..637, 750	SKYCLARYS..... 649
<i>schisandra</i> ..... 786	SIDESTREAM NEBULIZER	SKYLA..... 171
SCLEROSOL	.....530, 750	SKYRIZI.....50, 437
INTRAPLEURAL..... 93	SIDESTREAM PLUS...530, 750	SKYTROFA..... 425
<i>scopolamine base</i> .....45	SIGNIFOR..... 410	SLEEP CALM..... 381
SEBUDERM..... 488	SIKLOS.....231	SLEEP IMMUNE HEALTH.. 381
SECUADO..... 354	SILADERM..... 639, 750	SLEEP OPTIMIZER..... 381
SECURESAFE INSULIN	SILADONE..... 639, 751	SLEEP SUPPORT
SYRINGE..... 569, 750	SILASTIC FOLEY	(MELATONIN-HERB)..... 381
SECURESAFE PEN	CATHETER..... 552, 751	SLEEP TONITE VALERIAN 778
NEEDLE..... 569, 750	<i>sildenafil</i>	SLEEP3..... 381
SEGLENTIS..... 115	( <i>pulm.hypertension</i> )..... 179	SLOW FE..... 254
SEGLUOMET..... 407	SILICONE MASK.....637, 751	SLOW RELEASE IRON..... 254
SELECT-OB..... 243	SILICONE MASK - INFANT	SLOWMAG MG CALM-
SELECT-OB (FOLIC ACID).243	.....637, 751	SLEEP..... 381, 778
SELECT-OB + DHA..... 243	SILIGENTLE AG.....448	SLOWMAG MUSCLE
<i>selegiline hcl</i> ..... 360	SILINOIN..... 639, 751	RECOVERY..... 249
<i>selenium</i> ..... 268	SILIQ..... 442	SLYND..... 160
<i>selenium sulfide</i> .....462	SIL-K.....639, 751	SMART SENSE LANCETS
SELF-CATHETER, FEMALE	<i>silodosin</i> .....792	.....604, 751
.....552, 750	SILTREX.....639, 751	SMART SENSE
SELZENTRY..... 28	SILVASORB..... 448	MONITORING SYSTEM
SEMGLEE(INSULIN	<i>silver nitrate</i> ..... 461	.....604, 751
GLARGINE-YFGN).....401	<i>silver nitrate applicators</i> .....501	SMART SENSE TEST
SEMGLEE(INSULIN	<i>silver sulfadiazine</i> ..... 489	STRIPS.....625, 751
GLARG-YFGN)PEN..... 402	SILVRSTAT.....461	SMARTDIABETES
SE-NATAL 19 CHEWABLE.243	SIMBRINZA..... 806	VANTAGE..... 605, 751
SE-NATAL-19.....243	SIMILAC PROBIOTIC TRI-	SMARTEST CONTROL
SENIOR PROBIOTIC..... 73	BLEND.....73	.....605, 751
SEKOKOT..... 75	SIMLANDI(CF)	SMARTEST EJECT.....605, 751
SEKOKOT KIDS.....75	AUTOINJECTOR...57, 104, 137	SMARTEST LANCET..605, 751
SEKOKOT-CHAMOMILE..... 75	Simliya (28).....173	SMARTEST PERSONA
SEREVENT DISKUS.....91	Simpesse..... 173	GLUCOSE METER..... 605, 752
SERNIVO..... 482	SIMPLY SALINE WOUND	SMARTEST PERSONA
SEROQUEL XR.....356	WASH.....445	STARTER..... 605, 752
SEROSTIM.....425	SIMPLYTHICK.....643	SMARTEST PRONTO
<i>sertraline</i> ..... 379	SIMPONI..... 57, 104, 137	GLUCOSE METER..... 605, 752
<i>sesame oil</i> ..... 643	SIMPONI ARIA..... 104, 137	SMARTEST PRONTO
Setlakin..... 167	<i>simvastatin</i> .....188	STARTER.....605, 752
<i>sevelamer carbonate</i> ..... 798	SINGLE-LET.....604, 751	SMARTEST PROTEGE
<i>sevelamer hcl</i> ..... 798	SINUSTAR NEBULIZER	.....605, 752
SEVENFACT..... 230	.....530, 751	SMARTEST SMART CODE
<i>sevoflurane</i> ..... 137	SINUVA..... 77, 91	METER..... 605, 752
SEYSARA..... 11, 499	<i>sirolimus</i> ..... 322	SMARTEST TALKING
SF..... 315	SIRTURO..... 14	METER..... 605, 752



SMARTEST TEST.....625, 752	SOLUS V2 AUDIBLE	SPEEDICATH (FEMALE)
SMARTNEB	METER.....605, 752	.....552, 753
COMPRESSOR	SOLUS V2 CONTROL	SPEEDYSWAB COVID-19
NEBULIZER.....637, 752	SOLUTION, LOW.....605, 752	HOME TEST.....528, 753
SMOOTH TEXTURE FIBER. 49	SOLUS V2 CONTROL	SPEVIGO.....440
SOAAZ.....182	SOLUTION,HIGH.....605, 752	SPIKEVAX 2023-2024(12Y
<i>sodium chlor 0.9%</i>	SOLUS V2 LANCETS. 605, 752	UP)(PF).....307
<i>bacteriostat</i> .....262, 263	SOLUS V2 LANCING	<i>spinosad</i> .....438
<i>sodium chloride</i>	DEVICE.....605, 752	SPINRAZA (PF).....651
.....262, 266, 290, 494, 642	SOLUS V2 TEST STRIPS	SPIRIVA RESPIMAT.....82
<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....259	.....625, 753	SPIRIVA WITH
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SOMAVERT.....405	HANDIHALER.....82
.....260, 262, 263	SONAFINE.....488	<i>spironolactone</i> .....198, 209
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SOOLANTRA.....493	<i>spironolacton-</i>
<i>(flush)</i> .....263	SOOTHENEB	<i>hydrochlorothiaz</i> .....198
<i>sodium citrate</i> .....228	COMPRESSOR	SPRAVATO.....348
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i> .228	NEBULIZER.....637, 753	SPRAY AND STRETCH.....467
<i>sodium citrate-citric acid</i> .....793	SOOTHENEB MESH	Sprintec (28).....167
SODIUM FLUORIDE 5000	NEBULIZER.....530, 753	SPRITAM.....376
DRY MOUTH.....315	SOOTHING NIGHT.....381	SPRIX.....121
SODIUM FLUORIDE 5000	SOPORDREN.....381	SPRYCEL.....148
PLUS.....315	<i>sorafenib</i> .....155	Sps (With Sorbitol).....276
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...315	<i>sorbitol</i> .....76, 642, 792	SPS (WITH SORBITOL).....276
<i>sodium iodide-123</i> .....435	<i>sorbitol-mannitol</i> .....793	Sronyx.....167
<i>sodium iodide-131</i> .....435	SORILUX.....456	SSD.....489
<i>sodium oxybate</i> .....331	<i>sotalol</i> .....203, 206	SSKI.....249
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....803	Sotalol Af.....203, 206	SSS 10-5.....511
<i>sodium polystyrene</i>	SOTYKTU.....441	ST JOSEPH ASPIRIN. 117, 224
<i>sulfonate</i> .....276	SOTYLIZE.....203, 206	<i>st. john's wort</i> .....776
<i>sodium succinate</i> .....643	SOVALDI.....4	ST. JOSEPH ASPIRIN 117, 224
<i>sodium,potassium,mag</i>	SOVUNA.....14, 123	<i>stavudine</i> .....18
<i>sulfates</i> .....53	SPACE CHAMBER.....637, 753	STEGLATRO.....406
SOFIA SARS ANTIGEN FIA	SPACE CHAMBER WITH	STEGLUJAN.....413
.....528, 752	LARGE MASK.....637, 753	STELARA.....33, 437
SOFIA2 FLU-SARS	SPACE CHAMBER WITH	STERILANCE TL.....605, 753
ANTIGEN FIA.....528, 752	MEDIUM MASK.....637, 753	STERILE HYDROGEL FOR
SOFT TOUCH LANCETS	SPACE CHAMBER WITH	JELMYTO.....262
.....605, 752	SMALL MASK.....637, 753	<i>sterile talc</i> .....93
SOGROYA.....425	SPECTRAGEL.....448, 753	STERITALC.....93, 94
SOHONOS.....649	SPECTRAVITE ADULT.....271	STIMUFEND.....217
SOLESTA.....640	SPECTRAVITE ADULT 50	STIOLTO RESPIMAT.....97
<i>solifenacin</i> .....794	PLUS.....287	STIVARGA.....155
SOLIQUA 100/33.....409	SPECTRAVITE MEN 50	STOP SMOKING AID.....318
SOLOSEC.....15	PLUS.....287	STRATACTX.....448, 753
SOLOX GEL.....461	SPECTRAVITE MEN'S.....287	STRATAGRT.....448, 753
SOLTAMOX.....157	SPECTRAVITE WOMEN....271	STRATAMARK.....489
SOLU-CORTEF.....420	SPECTRAVITE WOMEN 50	STRATATRIZ.....489
SOLU-CORTEF ACT-O-	PLUS.....287	STRATAXRT.....448, 753
VIAL (PF).....420		STRAVIX.....441
SOLUPAK.....508		STRENSIQ.....174

STRIBILD.....	26	SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D.....	202	SUSVIMO (INITIAL FILL) .....	808, 819
STRIVE PEAK FLOW METER.....	617, 753	SUPERIOR PROBIOTIC.....	73	SUTAB.....	53
STRIVERDI RESPIMAT.....	78	SUPERIOR SLEEP.....	381	SWEET CHEEKS.....	400
STRONG IODINE.....	249, 646	SUPERIOR WOMEN'S MULTI.....	288	Syeda.....	167
Subvenite.....	338	SUPLENA CARB STEADY .	275	SYMAX DUOTAB.....	41, 795
Subvenite Starter (Blue) Kit .....	328, 338	SUPPOSITORY SHELL, SMALL.....	521, 753	SYMDEKO.....	90
Subvenite Starter (Green) Kit.....	328, 338	SUPPRELIN LA.....	428	SYMJEPI.....	211
Subvenite Starter (Orange) Kit.....	328, 338	SUPRANE.....	137	SYMLINPEN 120.....	408
SUCRAID.....	41	SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....	570, 753	SYMLINPEN 60.....	408
<i>sucralfate</i> .....	76	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	570, 754	SYMPAZAN.....	360, 361
SUFLAVE.....	53	SURE COMFORT LANCETS.....	606, 754	SYMPROIC.....	176
<i>sulconazole</i> .....	501	SURE COMFORT LANCING PEN.....	606, 754	SYMTUZA.....	16
<i>sulfacetamide sodium</i> ..	462, 823	SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	570, 754	SYNALAR CREAM KIT.....	469
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	504	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	570, 754	SYNALAR OINTMENT KIT .	469
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i> <i>urea</i> .....	493, 512	SURE RESULT DSS PREMIUM PACK.....	506	SYNALAR TS.....	441
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .	817	SURE-FINE PEN NEEDLES .....	570, 754	SYNAREL.....	426
SULFACLEANSE 8-4.....	512	SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS.....	606, 754	SYNDROS.....	36, 333, 801
<i>sulfadiazine</i> .....	6	SUREFLEX LANCING DEVICE.....	606, 754	SYNJARDY.....	407
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim</i> .....	3, 4	SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	570, 571, 755	SYNJARDY XR.....	407
SULFAMYLON.....	489	SURE-LANCE.....	606, 755	SYNOJOYNT.....	655
<i>sulfasalazine</i> .....	32, 128	SURE-LANCE ULTRA THIN .....	606, 755	SYNOVX CALM.....	778
SULFATRIM.....	4	SURE-PEN LANCING DEVICE.....	606, 755	SYNOVX DJD.....	778
<i>sulindac</i> .....	121	SURE-TEST EASYPLUS MINI.....	606, 625, 755	SYNOVX RECOVERY.....	778
SUMADAN.....	512	SURE-TEST EASYPLUS MINI METER.....	606, 755	SYNOVX RELIEF.....	787
SUMADAN XLT.....	493, 512	SURE-TOUCH LANCET .....	606, 755	SYNVISC.....	655
<i>sumatriptan</i> .....	390	SURGIFLO.....	213	SYNVISC-ONE.....	655
<i>sumatriptan succinate</i> ..	390, 391	SURGUARD2 SAFETY .....	548, 755, 756	<i>syringe (disposable)</i> ....	549, 756
<i>sumatriptan-naproxen</i> .....	389	SURVANTA.....	94	SYRINGE 3CC/20GX1" .....	549, 756
SUMAXIN CP.....	512	SUSVIMO.....	808, 819	SYRINGE 3CC/21GX1" .....	549, 756
<i>sunitinib malate</i> .....	148			SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" .....	549, 756
SUNLENCA.....	1			SYRINGE 3CC/22GX1" .....	549, 756
SUNOSI.....	329			SYRINGE 3CC/22GX3/4" .....	549, 756
SUNRISE COMPRESSOR- NEBULIZER.....	637, 753			SYRINGE 3CC/25GX1" .....	549, 756
SUPARTZ FX.....	655			SYRINGE AVITENE.....	213
SUPER B-50 COMPLEX.....	233			<i>syringe with needle</i> .....	549, 756
SUPER THIN LANCETS .....	605, 753			<i>syringe with needle, safety</i> .....	549, 757
SUPERIOR JOINT SUPPORT.....	778			SYRINGE WITHOUT NEEDLE.....	549, 757
SUPERIOR MEN'S MULTI..	288			SYRPALTA VEHICLE.....	642
				SYZYGIUM COMPOSITUM	316
				SZOSIL.....	639, 757



T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING.....	521, 616, 757	TARON-PREX PRENATAL-DHA.....	244, 271	TEMBEXA.....	2
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG.....	616, 757	TAROXIA.....	515	<i>temozolomide</i> .....	142
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR.....	616, 757	TARPEYO.....	420	TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE.....	607, 758
T.R.U.E. TEST ALLERGEN	306	TASCENSO ODT.....	434	TEMPO SMART BUTTON.....	522, 758
T:FLEX.....	521, 757	TASIGNA.....	148	TEMPO WELCOME KIT.....	607, 758
T:SLIM X2.....	521, 757	<i>tasimelteon</i> .....	379	Tencon.....	129
T:SLIM X2 BASAL-IQ		<i>taurine</i> .....	236	TENIVAC (PF).....	301, 302
INSULIN PMP.....	614, 757	<i>tavaborole</i> .....	488	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	17, 29
T:SLIM X2 CONTROL-IQ.....	614, 757	TAVALISSE.....	232	TENS 502.....	522, 759
TAB-A-VITE.....	271	TAVNEOS.....	122	TENS 504.....	522, 759
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON.....	271, 288	<i>tazarotene</i> .....	456, 491, 517	TENSCARE ITOUCH SURE.....	522, 759
TABLOID.....	143	TAZORAC.....	456	TEPMETKO.....	148
TABRECTA.....	148	Taztia Xt.....	194	<i>terazosin</i> .....	210
TACHOSIL.....	221	TAZVERIK.....	151	<i>terbinafine hcl</i> .....	13
<i>tacrolimus</i> .....	321, 484	TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR.	606, 757	<i>terbutaline</i> .....	93
<i>tadalafil</i> .....	397, 800	TD GOLD LEVEL 1 CONTROL.....	606, 757	<i>terconazole</i> .....	648
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> .....	179	TD GOLD LEVEL 2 CONTROL.....	606, 757	<i>teriflunomide</i> .....	432
TADLIQ.....	179	TD GOLD LEVEL 3 CONTROL.....	606, 757	<i>teriparatide</i> .....	398
TAFINLAR.....	149	TD GOLD TEST STRIP.....	626, 757	Terrell.....	137
<i>tafluprost (pf)</i> .....	821	TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR.	606, 758	TERSIFOAM.....	462
TAGRISSE.....	154	TDVAX.....	301	TERUMO ALLERGY SYRINGE.....	549, 759
TAKE ACTION.....	157, 159	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	571, 758	TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN.....	549, 759
TAKHZYRO.....	209	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	571, 758	TERUMO INSULIN SYRINGE.....	571, 572, 759
TALICIA.....	46	TECHLITE LANCETS..	606, 758	TERUMO SYRINGE....	549, 759
TALTZ AUTOINJECTOR....	442	TECHLITE PEN NEEDLE.....	571, 758	TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM...	607, 759
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK).....	442	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....	571, 758	TEST N'GO TEST.....	626, 759
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK).....	442	TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2.....	641, 644	TESTOPEL.....	405
TALTZ SYRINGE.....	443	TEGLUTIK.....	654	TESTOPLEX PLUS.....	787
TALZENNA.....	146	TEGSEDI.....	398	<i>testosterone</i> .....	405
<i>tamoxifen</i> .....	157	TELCARE CONTROL.	606, 758	<i>testosterone cypionate</i> .....	405
<i>tamsulosin</i> .....	792	TELCARE LANCETS..	606, 758	<i>testosterone enanthate</i> .....	405
TANDEM MOBI SYSTEM.....	614, 757	TELCARE TEST STRIPS.....	626, 758	TETOXIA.....	467
Taperdex.....	420	<i>telmisartan</i> .....	183	<i>tetrabenazine</i> .....	387, 395
TAPERDEX.....	420	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	205	<i>tetracaine hcl</i> .....	820
TARDEOXIA.....	514	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> .....	196	<i>tetracaine hcl (pf)</i> .....	820
TARDIMAXIA.....	515	<i>temazepam</i> .....	360, 377	<i>tetracycline</i> .....	11
Tarina 24 Fe.....	167			TEXACORT.....	482
Tarina Fe 1/20 (28).....	168			TEZSPIRE.....	85
Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	168			THALITONE.....	199
TARON-C DHA.....	288			THALOMID.....	24, 154
				THEO-24.....	96

<i>theophylline</i> .....	96	TOBRADEX ST.....	817	TREMFYA.....	437
TERAHONEY.....	448, 759	<i>tobramycin</i> .....	90, 805	<i>treprostinil sodium</i> .....	178
THERAPEUTIC		<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	90	TRESIBA FLEXTOUCH U-	
MOISTURIZING CREAM....	488	<i>tobramycin with nebulizer</i> .....	90	100.....	402
THERAPEUTIC-M.....	288	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	817	TRESIBA FLEXTOUCH U-	
THERA-VITE MAX-M.....	288	<i>tobramycin-vancomycin</i>		200.....	402
THEREMS MULTIVITAMIN.	271	.....	805, 806, 809	TRESIBA U-100 INSULIN...	402
<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> .....	257	TOBEX.....	805	<i>tretinoin</i> .....	518
<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>		TOLAK.....	495	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	150
.....	257	<i>tolcapone</i> .....	357	<i>tretinoin microspheres</i> .	517, 518
THICK AND EASY.....	643	<i>tolmetin</i> .....	121	TRETTEN.....	230
THIN LANCETS.....	607, 760	TOLSURA.....	13	TREXALL.....	133, 142
THINPRO INSULIN		<i>tolterodine</i> .....	796	<i>triacetin</i> .....	461
SYRINGE.....	572, 760	<i>tolvaptan</i> .....	199	<i>triamcinolone acetonide</i>	
THIOLA EC.....	792	TOOMEY SYRINGE....	550, 760	.....	312, 482
<i>thioridazine</i> .....	334	TOPCARE CLICKFINE	572, 760	<i>triamterene</i> .....	192
<i>thiothixene</i> .....	357	TOPCARE ULTRA		<i>triamterene-</i>	
THRESHOLD IMT TRAINER		COMFORT.....	572, 760	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	198
.....	637, 760	TOPCARE UNIVERSAL1		Trianex.....	482
THRESHOLD PEP DEVICE		LANCET.....	607, 760	TRIASIL.....	482
.....	637, 760	<i>topiramate</i> .....	341, 342	<i>triazolam</i> .....	360, 377
THRIVITE RX.....	244	<i>toremifene</i> .....	157	TRICARE.....	244
THROMBI-GEL.....	214	TORONOVA II SUIK.....	121	TRI-CHLOR.....	451
THROMBIN-JMI.....	214	TORONOVA SUIK.....	121	<i>trichloroacetic acid</i> .....	451
THROMBI-PAD.....	214	<i>toremide</i> .....	182	TRICITRATES.....	793
THYQUIDITY.....	423	TOSYMRA.....	391	Triderm.....	482
<i>thyroid (pork)</i> .....	422	TOTALVISC.....	812	<i>trientine</i> .....	175
Tiadyt Er.....	194	TOUCH-TROL.....	552, 760	Tri-Estarylla.....	170
<i>tiagabine</i> .....	353	TOUJEO MAX U-300		TRIFERIC.....	254
TIBSOVO.....	146	SOLOSTAR.....	402	<i>trifluoperazine</i> .....	334
TICANASE.....	89	TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>trifluridine</i> .....	807
TIGLUTIK.....	654	INSULIN.....	402	<i>trihexyphenidyl</i> .....	386
Tilia Fe.....	169	TOVET KIT.....	469	TRIJARDY XR.....	424
<i>timolol maleate</i> .....	206, 811	TPOXX (NATIONAL		TRIKAFTA.....	91
<i>timolol maleate (pf)</i> .....	811	STOCKPILE).....	2	Tri-Legest Fe.....	170
<i>tinidazole</i> .....	16	TRACLEER.....	203	Tri-Linyah.....	170
<i>tiopronin</i> .....	792	TRADJENTA.....	429	TRILOAN II SUIK.....	420
TIROSINT.....	423	<i>tramadol</i> .....	110, 111	TRILOAN SUIK.....	420
TIROSINT-SOL.....	423	<i>tramadol-acetaminophen</i>		Tri-Lo-Estarylla.....	170
TISSEEL VHSD		.....	115, 125	Tri-Lo-Marzia.....	170
(APROTININ, SYN).....	450	<i>trandolapril</i> .....	210	Tri-Lo-Mili.....	170
TIS-U-SOL PENTALYTE....	290	<i>trandolapril-verapamil</i> .....	207	Tri-Lo-Sprintec.....	170
TIVICAY.....	20	<i>tranexamic acid</i> .....	222	TRI-LUMA.....	466
TIVICAY PD.....	20	TRANSFER SET.....	531, 760	TRILURON.....	655
TIVORBEX.....	122	<i>tranylcypromine</i> .....	366	<i>trimethobenzamide</i> .....	35
<i>tizanidine</i> .....	654	TRANZAREL.....	459	<i>trimethoprim</i> .....	4
TLANDO.....	405	<i>travoprost</i> .....	821	Tri-Mili.....	170
TM-VITE RX.....	234	<i>trazodone</i> .....	348	<i>trimipramine</i> .....	364
TOBI PODHALER.....	90	TRECTOR.....	21	TRIMO-SAN JELLY.....	649
TOBRADEX.....	817	TRELEGY ELLIPTA.....	85	TRINATAL RX 1.....	244

TRINATE.....	244	TRUE2GO BLOOD		<i>tuberculin-allergy syringes</i>	
TRINTELLIX.....	379	GLUCOSE SYSTEM... 607, 762		.....	550, 764
Tri-Nymyo.....	170	TRUEDRAW LANCING		TUDORZA PRESSAIR.....	82
TRIONEX.....	456	DEVICE.....	607, 762	TUKYSA.....	151
TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	202	TRUEPLUS INSULIN..	573, 762	Tulana.....	160
Tri-Sprintec (28).....	170	TRUEPLUS KETONE..	626, 762	TULIVITE.....	255
TRISTART DHA.....	244	TRUEPLUS LANCETS	607, 762	TURALIO.....	148
TRIUMEQ.....	16	TRUEPLUS PEN NEEDLE		<i>turmeric root extract.....</i>	787
TRIUMEQ PD.....	16	.....	573, 763	<i>turmeric root-ginger root ext</i>	787
TRIVISC.....	655	TRUERESULT BLOOD		<i>turmeric-ginger-black pepper</i>	
Trivora (28).....	170	GLUCOSE SYSTM.....	607, 763	.....	787
Tri-Vylibra.....	170	TRUETEST TEST STRIPS		<i>turmeric-turmeric root extract</i>	
Tri-Vylibra Lo.....	170	.....	626, 763	.....	787
<i>tropicamide.....</i>	812	TRUETRACK BLOOD		Turqoz (28).....	168
<i>trospium.....</i>	796	GLUCOSE SYSTEM... 608, 763		TUXARIN ER.....	92
TRUBIOTICS.....	74	TRUETRACK SMART		TWINRIX (PF).....	299
TRUBIOTICS BABY.....	73	SYSTEM.....	608, 763	TWIRLA.....	171
TRUBIOTICS GUMMY.....	74	TRUETRACK TEST....	626, 763	TWIST LANCETS.....	608, 764
TRUBIOTICS KIDS		TRULANCE.....	35, 47	TWYNEO.....	515
CHEWABLE.....	74	TRULICITY.....	409	TYBLUME.....	168
TRUBIOTICS KIDS GUMMY.	74	TRUMENBA.....	306	TYBOST.....	804
TRUDHESA.....	392	TRUNEB NEBULIZER.	530, 763	Tydemy.....	168
TRUE COMFORT INSULIN		TRUQAP.....	139	TYMLOS.....	399
SYRINGE.....	572, 761	TRUSKIN.....	441	TYREX-2.....	273
TRUE COMFORT LANCET		TRUSTEEL INFUSION		TYRVAYA.....	93
.....	607, 761	PACK 23".....	629, 763	TYVASO.....	178
TRUE COMFORT PEN		TRUSTEEL INFUSION SET		TYVASO DPI.....	178
NEEDLE.....	573, 761	23".....	629, 763	TYVASO INSTITUTIONAL	
TRUE COMFORT PRO INS		TRUSTEEL INFUSION SET		START KIT.....	179
SYRINGE.....	573, 761	32".....	629, 763	TYVASO REFILL KIT.....	179
TRUE COMFORT SAFETY		TRUSTEX LATEX		TYVASO STARTER KIT.....	179
PEN NEEDLE.....	573, 761	CONDOM.....	523, 763	UBRELVY.....	385
TRUE COVER CONDOM		TRUSTEX LUBRICATED		UDENYCA.....	217
.....	523, 761	CONDOMS.....	523, 763	UDENYCA	
TRUE METRIX AIR		TRUSTEX NON-LUB		AUTOINJECTOR.....	217
GLUCOSE METER.....	607, 761	CONDOMS.....	523, 763	UDENYCA ONBODY.....	217
TRUE METRIX GLUCOSE		TRUSTEX-RIA		ULESFIA.....	438
METER.....	607, 761	LUB/SPERMICIDE.....	523, 763	ULTICARE.....	550, 574, 765
TRUE METRIX GLUCOSE		TRUSTEX-RIA		ULTICARE INSULIN	
TEST STRIP.....	626, 762	LUBRICATED CONDOMS		SYRINGE.....	573, 574, 764
TRUE METRIX GO		.....	524, 763	ULTICARE INSULN	
GLUCOSE METER.....	607, 762	TRUSTEX-RIA NON-LUB		SYR(HALF UNIT).....	574, 764
TRUE METRIX LEVEL 1		CONDOMS.....	524, 763	ULTICARE LOW DEAD	
.....	607, 762	TRUZONE PEAK FLOW		SPACE SYRING.....	550, 764
TRUE METRIX LEVEL 2		METER.....	617, 764	ULTICARE PEN NEEDLE	
.....	607, 762	<i>tryptophan.....</i>	778	.....	574, 764
TRUE METRIX LEVEL 3		TRYVIO.....	177	ULTICARE SAFETY PEN	
.....	607, 762	TUBERCULIN SYRINGE		NEEDLE.....	574, 764
TRUE METRIX PRO TEST		.....	550, 764	ULTICARE SAFETY	
STRIP.....	626, 762			SYRINGE.....	550, 764, 765

ULTICARE TB SAFETY	ULTRACARE INSULIN	UNISOM SIMPLE
SYRINGE..... 550, 765	SYRINGE..... 576, 768	SLUMBERS.....381
ULTIGUARD SAFEPACK-	ULTRA-CARE LANCETS	UNISPEND ANHYDROUS
INSULIN SYR.....574, 765	.....608, 768	SWEET.....642
ULTIGUARD SAFEPACK-	ULTRACARE PEN NEEDLE	UNISTIK 2 DEVICE..... 609, 770
PEN NEEDLE.....575, 765	.....577, 768	UNISTIK 2 EXTRA LANCET
ULTI-LANCE.....608, 765, 766	ULTRAFLORA WOMEN'S.... 74	.....609, 770
ULTILET BASIC LANCETS	ULTRAFOAM..... 214	UNISTIK 2 NORMAL
.....608, 766	ULTRALANCE LANCETS	LANCET..... 609, 770
ULTILET CLASSIC	.....608, 768	UNISTIK 3 COMFORT
LANCETS..... 608, 766	ULTRASAL-ER.....451	LANCET..... 609, 770
ULTILET INSULIN	ULTRA-THIN II (SHORT)	UNISTIK 3 EXTRA LANCET
SYRINGE..... 575, 766	INS SYR..... 577, 768	.....609, 770
ULTILET LANCETS.....608, 766	ULTRA-THIN II (SHORT)	UNISTIK 3 GENTLE.... 609, 770
ULTILET PEN NEEDLE	PEN NDL..... 577, 768	UNISTIK 3 NORMAL
.....575, 766	ULTRA-THIN II INS PEN	LANCET..... 609, 770
ULTILET SAFETY	NEEDLES.....577, 768	UNISTIK COMFORT
LANCETS..... 608, 766	ULTRA-THIN II INSULIN	LANCETS..... 609, 770
ULTIMA MONITOR..... 608, 766	SYRINGE..... 577, 768, 769	UNISTIK CZT LANCET
ULTIMA TEST STRIPS	ULTRA-THIN II LANCETS	.....609, 770
.....626, 766	.....608, 769	UNISTIK EXTRA LANCETS
ULTIMATE FLORA BABY	ULTRATRAK..... 626, 769	.....609, 770
PROBIOTIC.....74	ULTRATRAK GLUCOSE	UNISTIK NORMAL
ULTRA B-100 COMPLEX	METER.....608, 769	LANCETS.....609, 770
(FOODBASE)..... 234	ULTRATRAK HIGH-LOW	UNISTIK PRO LANCET
ULTRA BONEUP.....248	CONTROL.....608, 769	.....609, 770
ULTRA CMFT INS SYR	ULTRATRAK NORMAL	UNISTIK SAFETY..... 609, 770
(HALF UNIT).....575, 766	CONTROL.....609, 769	UNISTIK TOUCH LANCETS
ULTRA COMFORT INSULIN	ULTRATRAK ULTIMATE	.....609, 770
SYRINGE.... 575, 576, 766, 767	.....609, 626, 769	UNISTRIP LOW CONTROL
ULTRA FINE LANCETS	ULTRAVATE..... 457, 483	.....610, 771
.....608, 767	UNIFINE PENTIPS.....577, 769	UNISTRIP1 TEST STRIP
ULTRA FLO INSUL	UNIFINE PENTIPS	.....626, 771
SYR(HALF UNIT)..... 576, 767	MAXFLOW..... 577, 769	UNIVERSAL 1 LANCETS
ULTRA FLO INSULIN	UNIFINE PENTIPS PLUS	.....610, 771
SYRINGE..... 576, 767	.....578, 769	UP4 PROBIOTICS ADULT...74
ULTRA FLO PEN NEEDLE	UNIFINE PENTIPS PLUS	UP4 PROBIOTICS ADULT
.....576, 767	MAXFLOW..... 577, 769	50 PLUS..... 74
ULTRA MOISTURE.....488	UNIFINE PROTECT...578, 769	UP4 PROBIOTICS KIDS
ULTRA PRENATAL PLUS	UNIFINE SAFECONTROL	CUBES..... 74
DHA.....244	PEN NEEDLE.....578, 770	UP4 PROBIOTICS MEN'S.... 74
ULTRA THIN II LANCETS	UNIFINE ULTRA PEN	UP4 PROBIOTICS PLUS
.....608, 767	NEEDLE..... 578, 770	PREBIOTIC..... 74
ULTRA THIN LANCETS	UNILET COMFORTOUCH	UP4 PROBIOTICS ULTRA...75
.....608, 767	LANCET..... 609, 770	UP4 PROBIOTICS
ULTRA THIN PEN NEEDLE	UNILET GP LANCET.. 609, 770	WOMEN'S..... 75
.....576, 767	UNILET LANCET.....609, 770	UP4 PROBIOTICS-
ULTRA THIN PLUS	UNILET LANCETS..... 609, 770	PREBIOTICS KIDS..... 75
LANCETS.....608, 767	UNILET SUPER THIN	UPCAL D.....267
ULTRA TLC LANCETS608, 767	LANCETS.....609, 770	UPNEEQ (PF)..... 822



UPTRAVI.....	180	VARISOFT INFUSION SET		VERIFINE PLUS PEN	
URAMAXIN.....	451	32".....	629, 772	NEEDLE.....	579, 772
URAMAXIN GT.....	470	VARISOFT INFUSION SET		VERIFINE PLUS PEN	
<i>urea</i> .....	451, 452, 470	43".....	629, 772	NEEDLE-SHARP.....	579, 773
UREA NAIL STICK.....	451	VARITHENA		VERIFINE SAFETY	
UREAPRO.....	197	ADMINISTRATION PACK		LANCET MINI.....	610, 773
URETRON D-S.....	30, 797	.....	554, 772	VERIFINE UNIVERSAL	
URIBEL TABS.....	30, 797	VARIVAX (PF).....	297, 303	LANCET.....	610, 773
URIMAR-T.....	30, 797	VAROPHEN		VERKAZIA.....	816
URNEVA.....	30, 797	(DICLOFENAC).....	506	VERQUVO.....	182
URO-458.....	30, 797	VAROXIA.....	515	VERSACLOZ.....	355
UROGESIC-BLUE.....	30, 797	VARUBI.....	36	VERTIGOHEEL.....	316
URO-MP.....	31, 797	VASCEPA.....	188	VERZENIO.....	153
UROQID-ACID NO.2.....	31, 794	VASELINE WHITE		VESICARE LS.....	794
<i>ursodiol</i> .....	35	PETROLEUM.....	489	Vestura (28).....	168
VAGINAL		VASHE.....	445	VEVYE.....	816
CONTRACEPTIVE FILM.....	173	VAXCHORA ACTIVE		V-GO 20.....	612, 773
<i>valacyclovir</i> .....	13	COMPONENT.....	297	V-GO 30.....	612, 773
VALCHLOR.....	439	VAXCHORA BUFFER		V-GO 40.....	612, 773
<i>valerian root</i> .....	787	COMPONENT.....	640	VIBERZI.....	34, 49
<i>valerian root-valerian root xt</i>	778	VAXCHORA VACCINE.....	297	VIBRANT.....	522, 773
<i>valerian-flower-hops-lemon</i>	779	VAXNEUVANCE (PF).....	298	VIBRANT STARTER KIT	
<i>valganciclovir</i> .....	1	VCF CONTRACEPTIVE		.....	522, 773
<i>valproic acid</i> .....	329, 350	FILM.....	174	VICTOZA 2-PAK.....	409
<i>valproic acid (as sodium</i>		VCF CONTRACEPTIVE		VICTOZA 3-PAK.....	409
<i>salt)</i> .....	328, 350	GEL.....	174	VIEKIRA PAK.....	4
<i>valsartan</i> .....	183, 184	VEGETARIAN BONEUP.....	248	Vienna.....	168
<i>valsartan-</i>		Velivet Triphasic Regimen		<i>vigabatrin</i> .....	344
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	196	(28).....	170	Vigadrone.....	344
VALTOCO.....	360, 361	VELPHORO.....	798, 799	Vigpoder.....	344
<i>vancomycin</i> .....	24	VELSIPITY.....	50	VIJOICE.....	802
<i>vancomycin in 0.9 % sodium</i>		VELTASSA.....	276	VILACTIN AA PLUS 15 PE.	273
<i>chl</i> .....	806	VEMLIDY.....	30	<i>vilazodone</i> .....	347
VANFLYTA.....	150	VENCLEXTA.....	145	VIMPAT.....	337
VANISHPOINT INSULIN		VENCLEXTA STARTING		VIOKACE.....	59
SYRINGE.....	578, 771	PACK.....	146	Viorele (28).....	173
VANISHPOINT SYRINGE		VENELEX.....	443	VIOS AEROSOL DELIVERY	
.....	550, 551, 578, 771	<i>venlafaxine</i> .....	363, 364	SYSTEM.....	637, 773
VANISHPOINT		<i>venlafaxine besylate</i> .....	363	VIRACEPT.....	26
TUBERCULIN SYRINGE		VENNGEL ONE.....	454	VIRAGRAPHIS.....	787
.....	551, 772	VENTAVIS.....	179	VIREAD.....	18, 30
VANOXIDE-HC.....	514	VEOZAH.....	397	VISBIOME.....	75
VAPRO PLUS INTERMITT		<i>verapamil</i> .....	195, 196, 197	VISCO-3.....	655
CATHETER.....	553, 772	VERDESO.....	483	VISION HEALTH.....	781
VAQTA (PF).....	307, 308	VEREGEN.....	484	VISION OPTIMIZER.....	288, 781
VARDIMAXIA.....	515	VERIFINE INSULIN		VISTA ADVANCED	
<i>varenicline</i> .....	320	SYRINGE.....	578, 772	AREDS2.....	288, 782
VARISOFT INFUSION SET		VERIFINE PEN NEEDLE		VISTA MEIBO EYELID	
23".....	629, 772	.....	578, 772	CLEANSING.....	496

VISTASEAL-FIBRIN		VYNDAMAX.....	398
SEALANT .....	221	VYVANSE.....	373
VISTOGARD.....	152	VYZULTA.....	821
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i> .....	250	WAINUA.....	398
<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i> .....	234	WAKIX.....	329
<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i>	787	<i>warfarin</i> .....	218
<i>vit c-zinc cit,gluc-echin purp</i>	263	<i>water for irrigation, sterile</i> ....	290
VITABEX IRON.....	255	WAVESENSE AMP.....	610, 774
VITAFOL FE PLUS.....	244	WAVESENSE CONTROL	
VITAFOL FE+ (WITH		SOLUTION.....	610, 774
DOCUSATE).....	244	WAVESENSE JAZZ....	626, 774
VITAFOL GUMMIES.....	244	WAVESENSE PRESTO	
VITAFOL ULTRA.....	244	.....	610, 626, 774
VITAFOL-OB.....	245	WEEKLY-D.....	235
VITAFOL-OB+DHA.....	245	WELIREG.....	151
VITAFOL-ONE.....	245	WELLFOLA.....	289
VITAJOY ADULT MULTI.....	288	WELLPRO-31.....	75
VITAJOY BIOTIN.....	260	Wera (28).....	168
VITAJOY DAILY C.....	258	WESCAP-C DHA.....	289
VITAL AF 1.2 CAL.....	275	WESCAP-PN DHA.....	271
VITALVASC.....	787	WESCAPS.....	234
VITAMEDMD ONE RX.....	245	WESNATAL DHA	
<i>vitamin a</i> .....	260	COMPLETE.....	245
<i>vitamin a palmitate</i> .....	260	WESNATE DHA.....	245
<i>vitamin b complex</i> .....	293	WES-PHOS 250 NEUTRAL	
VITAMIN B-12.....	252	.....	272, 794
<i>vitamin b12-folic acid</i> .....	291	WESTAB MAX.....	291, 293
VITAMIN C FIZZY DRINK...	259	WESTAB ONE.....	291, 293
VITAMIN C POWDER		WESTAB PLUS.....	245
BLEND.....	259	WESTGEL DHA.....	245
VITAMIN C WITH ROSE		<i>wey protein, conc-isolate</i> ...	264
HIPS.....	258	WHYTEDERM SURGIPAK.	444
Vitamin D2.....	235	WHYTEDERM TDKPAK.....	469
<i>vitamin d2-vitamin k1</i> .....	292	WHYTEDERM TRILASIL	
<i>vitamin d3-vitamin k2</i> .....	292	PAK.....	470
<i>vitamin e (dl, acetate)</i> .....	256	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>vitamin e acetate (bulk)</i> .....	256, 644	60.....	524, 774
<i>vitamin e-safflower oil</i> .....	488	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	488	65.....	524, 774
VITAMIN K.....	290	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
Vitamin K1.....	290	70.....	524, 774
<i>vitamin k2</i> .....	290	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>vitamin k2 (mk-4)</i> .....	290	75.....	524, 775
VITRAKVI.....	144	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VITREXYL.....	288	80.....	524, 775
VITREXYL PLUS IRON.....	288	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VITRON-C.....	256	85.....	524, 775
VITRUM 50 PLUS.....	288	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		90.....	524, 775
SOLN-L1,2,3.....	610, 773		
VIVAGUARD INO CTRL			
SOLN-L1,L3.....	610, 773		
VIVAGUARD INO CTRL			
SOLN-L2.....	610, 773		
VIVAGUARD INO			
GLUCOSE METER.....	610, 773		
VIVAGUARD INO SMART			
GLUC METER.....	610, 773		
VIVAGUARD INO TEST			
STRIP.....	626, 774		
VIVAGUARD LANCET			
610, 774			
VIVAGUARD LANCING			
DEVICE.....	610, 774		
VIVAGUARD SAFETY			
LANCET.....	610, 774		
VIVJOA.....	12		
VIVOTIF.....	297		
VIXONE NEBULIZER..	530, 774		
VIXONE NEBULIZER-			
ADULT MASK.....	530, 774		
VIXONE NEBULIZER-			
PEDIATRIC MSK.....	530, 774		
VIZIMPRO.....	153		
VOCABRIA.....	20		
Volnea (28).....	173		
VONJO.....	150		
VONVENDI.....	220		
VOQUEZNA.....	31		
VOQUEZNA DUAL PAK.....	50		
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	50		
<i>voriconazole</i> .....	13		
VORTEX HOLDING			
CHAMBER.....	637, 774		
VORTEX VHC FROG			
MASK-CHILD.....	637, 774		
VORTEX VHC LADYBUG			
MASK-TODDLR.....	637, 774		
VOSEVI.....	24		
VOWST.....	31		
VOXZOGO.....	412		
VOYDEYA.....	212, 229		
VP-CH-PNV.....	245		
VRAYLAR.....	327, 396		
VTAMA.....	457		
VUITY.....	822		
VUMERITY.....	435		
Vyfemla (28).....	168		
VYJUVEK.....	436		
Vylibra.....	168		
VYNDAMAX.....	398		



WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XERESE.....	464	YUFLYMA(CF) AI
95.....	XERMELO.....	35	CROHN'S-UC-HS..
WILATE.....	XEROFORM.....	614, 775	57, 104, 137
WILLIS THE WHALE	XEROFORM NON-		YUFLYMA(CF)
COMPRESSR NEB.....	OCCLUSIVE.....	613, 775	AUTOINJECTOR...57, 104, 137
WILZIN.....	XEROFORM		YUM-YUM DOPHILUS.....
WINLEVI.....	PETROLATUM DRESSING		75
WINREVAIR.....	.....	613, 775	YUPELRI.....
WINTERGREEN OIL.....	XEROFORM		82
Wixela Inhub.....	PETROLATUM		YUSIMRY(CF) PEN
WOMEN'S 50 PLUS	OVERWRAP.....	613, 775	.....
ADVANCED.....	XHANCE.....	89	57, 104, 137
WOMENS DAILY GUMMIES	XIFAXAN.....	28	Yuvaferm.....
.....	XIGDUO XR.....	407	648
WOMEN'S MULTIVITAMIN	XIIDRA.....	813	Zafemy.....
COLLAGEN.....	XILAPAK.....	442	171
WOMEN'S MULTIVITAMIN	XIMINO.....	11, 499	<i>zafirlukast</i> .....
GUMMIES.....	XOFLUZA.....	2	90
WOMEN'S ONE DAILY.....	XOLAIR.....	96	<i>zaleplon</i> .....
WOUNDGELHA MATRIX....	XOLEGEL.....	501	352
WPR PLUS.....	XOLREMDI.....	215	ZALVIT.....
Wymzya Fe.....	XOSPATA.....	150	258
WYNZORA.....	XPHOZAH.....	232	Zarah.....
XACIATO.....	XPOVIO.....	145, 150	168
XADAGO.....	XRYLIX (DICLOFENAC-		ZARXIO.....
XALIX.....	KINES TAPE).....	454	217
XALKORI.....	XTAMPZA ER.....	111	ZATEAN-PN DHA.....
XARACOLL.....	XTANDI.....	156	271
XARELTO.....	Xulane.....	171	ZATEAN-PN PLUS.....
XARELTO DVT-PE TREAT	XULTOPHY 100/3.6.....	409	289
30D START.....	XURIDEN.....	802	ZAVZPRET.....
XATMEP.....	XYBIOTIC.....	75	385
XCELLENT C.....	XYLIDERM.....	459	ZCORT.....
XCELLENT E.....	XYLIGEL.....	312	421
XCELLISTEM.....	XYLIMELTS.....	312	ZEGALOGUE
XCLAIR.....	XYMOBOLX.....	260	AUTOINJECTOR.....
XCOPRI.....	XYMODINE.....	249	400
XCOPRI MAINTENANCE	XYNTHA.....	228	ZEGALOGUE SYRINGE....
PACK.....	XYNTHA SOLOFUSE.....	228	400
XCOPRI TITRATION PACK	XYOSTED.....	405	ZEJULA.....
347	XYWAV.....	331	147
XDEMZY.....	Yargesa.....	803	ZELAPAR.....
XELJANZ.....	YAXATARXYN.....	466	361
XELJANZ XR.....	YCANTH.....	452	ZELBORAF.....
XELPROS.....	YOGURT PLUS CALCIUM		149
XELSTRYM.....	GUMMIES.....	267	ZELNORM.....
XEMBIFY.....	YOKATAR.....	466	34, 50
XENLETA.....	YONSA.....	153, 156	ZEMAIRA.....
XENOVIEW EMPTY	YOSPRALA.....	220	93
DELIVERY BAG.....	YUFLYMA(CF).....	57, 104, 137	ZEMBRACE SYMTOUCH...391
XEPI.....			Zenatane.....
			518
			ZENPEP.....
			59
			ZENPHOR.....
			448, 775
			Zenedi.....
			331, 352, 374
			ZEPATIER.....
			25
			ZEPOSIA.....
			51, 434
			ZEPOSIA STARTER KIT
			(28-DAY).....
			51, 434
			ZEPOSIA STARTER PACK
			(7-DAY).....
			51, 434
			ZERVIAE.....
			813
			ZETONNA.....
			89
			ZICLOCIN.....
			506
			ZICLOPRO.....
			506
			<i>zidovudine</i> .....
			18
			ZIEXTENZO.....
			217
			ZILACAINE PATCH....
			459, 639
			ZILBRYSQ.....
			650
			<i>zileuton</i> .....
			84
			ZILOVAL.....
			459
			ZILXI.....
			493
			ZIMHI.....
			177

ZINC BALANCE.....	263
<i>zinc citrate</i> .....	262
<i>zinc gluconate</i> .....	262
<i>zinc glycinate</i> .....	262
<i>zinc oxide</i> .....	489
<i>zinc sulfate</i> .....	262
ZINGIBER.....	293
ZIPHEX.....	258
<i>ziprasidone hcl</i> .....	327, 355
ZIRGAN.....	807
ZITHRANOL.....	457
ZITUVIO.....	429
ZMA CLEAR.....	512
ZOKINVY.....	804
ZOLINZA.....	154
<i>zolmitriptan</i> .....	391, 392
<i>zolpidem</i> .....	352
ZOMACTON.....	425
Zomig.....	392
ZONISADE.....	342
<i>zonisamide</i> .....	342
ZONTIVITY.....	215
ZORVOLEX.....	119
ZORYVE.....	457, 462
Zovia 1-35 (28).....	168
ZTALMY.....	337
ZTLIDO.....	460
ZUBSOLV.....	319
Zumandimine (28).....	168
ZURZUVAE.....	348
ZYCLARA.....	496
ZYDELIG.....	152
ZYFLO.....	84
ZYKADIA.....	145
ZYLET.....	817
ZYMFENTRA.....	57, 104
ZYNRELEF.....	139
ZYPITAMAG.....	188
ZYPRAM.....	436