

## **Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)**

### **Lista de medicamentos recetados disponibles con nivel de medicamentos especializados 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) sin derechos adquiridos por antigüedad de California para grupos grandes con nivel de medicamentos especializados 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.

Puede acceder a la versión más actualizada de la Lista de medicamentos recetados disponibles, visitando: **[kp.org/kpic-ca-rx-pos-ngf](https://kp.org/kpic-ca-rx-pos-ngf)** (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 los costos compartidos de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de su plan en concreto, visite: **[kp.org/kpic-ca-rx-pos-ngf](https://kp.org/kpic-ca-rx-pos-ngf)** (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

Este documento es una lista de los medicamentos recetados aprobados y cubiertos por su plan de seguro médico de POS sin 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 farmacias 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

## 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). Los medicamentos especializados estarán cubiertos en el nivel más alto (coseguro con un máximo de recetas). Los medicamentos preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) federal podrán ser elegibles para una cobertura sin costo compartido (cero copago o cero coseguro).

En su plan de POS, pagará un copago o coseguro diferente por los medicamentos genéricos o de marca preferidos y por los medicamentos genéricos y 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
T0	Nivel 0	Beneficios de atención preventiva exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) sin costo
T1	Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos
T2	Nivel 2	Medicamentos de marca preferidos
T3	Nivel 3	Medicamentos genéricos y de marca no preferidos
T4	Nivel 4	Medicamentos especializados
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 medicamentos 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, de marca y especializados 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. Los medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) no suelen estar cubiertos; sin embargo, ciertos medicamentos preventivos OTC están cubiertos cuando los receta un médico, tales como la aspirina, los suplementos de hierro y los medicamentos para dejar de fumar. También está cubierto el equipo médico duradero recetado por un médico para tratar la diabetes o para ayudar 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 en la red de MedImpact. Esta Lista de medicamentos recetados disponibles no se aplica a los medicamentos y dispositivos que se obtienen a través de la parte del beneficio médico de su cobertura, por ejemplo, los medicamentos proporcionados o administrados en la consulta 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 la consulta 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drugs Administration, FDA), incluidos los métodos anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA sin costo compartido cuando los receta un profesional de la salud autorizado para recetar medicamentos. Todos estos medicamentos requieren una receta de su médico.

Medicamentos preventivos de la ACA sin costo. Todos los medicamentos, incluso los de venta libre (OTC), incluidos en la Ley federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA) como medicamentos preventivos son elegibles para la cobertura sin costo compartido si el asegurado tiene una receta de su médico. Sin embargo, 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 copago o coseguro de un medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios para una receta individual no deberá superar los \$250 para un surtido de 30 días después de satisfacer el deducible, si lo hubiera.

**Nota:** El costo compartido 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? Exclusiones generales

- 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 Alimentos y Medicamentos 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?

Puede solicitar una excepción para obtener la cobertura de un medicamento que no aparece 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 de urgencia para la aprobación de la solicitud u otro resultado. (Existen circunstancias de urgencia cuando un asegurado padece una condición de salud que puede poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar al máximo sus funciones o cuando usted está usando un medicamento mientras cumple un ciclo de 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 durante la vigencia de la receta médica, incluidos los resurtidos. 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.

## ¿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*).

**Nota:** Conforme a la sección 1367.22 del Código de Salud y Seguridad, tal y como estaba constituido y enmendado posteriormente, la cobertura de un medicamento recetado no deberá limitarse ni excluirse si el medicamento fue aprobado previamente para ser cubierto por su plan para una afección médica y el proveedor que lo recetó continúa recetando el medicamento para dicha afección médica, siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz para el tratamiento de esa afección médica.

## 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>

### **¿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 particular. Esto significa que para recibir cobertura el profesional que le hace la 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 apremiantes, 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 exención 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 de un medicamento de segunda línea, 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 apremiantes, 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 las farmacias de la red de MedImpact. 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 las limitaciones específicas a las que usted puede estar sujeto. Las inclusiones, las 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.

**"Medicamento 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 especializado"** significa medicamentos recetados de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas y crónicas, como la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide y la hepatitis C. Los medicamentos especializados suelen requerir una manipulación, administración o monitoreo especiales.

**"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' yídóoltah 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 ਪੜਾ 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

**សេវាភាសាភាគីភាគទ្រី** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តូរ។ សំរាប់ជំនួយ  
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រិត តាមគលមលេខដែលមានកែតម្រូវលើ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត  
ទូរស័ព្ទគេរកស្តងធានារ៉ាប់រង រ៉ាប់រងលើទូរស័ព្ទ តាមគលមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកក៏អាច ទូរស័ព្ទ តាមគលមលេខ 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.....	33
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	33
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	82
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	105
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	105
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	106
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	106
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	145
Anthelmintic.....	147
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	148
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	174
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	192
Antiporphyrin Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	192
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	195
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	196
Antiseptics And Disinfectants.....	232
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	233
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	254
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	254
Biológicos.....	321
Biológicos - Biological Agents.....	321
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	337
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	342
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	343
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals.....	347
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	347
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	349
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	429
Endocrino.....	430
Endocrino - Hormones.....	430
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	466
Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents.....	470
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	470
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	471
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	472
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	558
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	686
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	690
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants..	692
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	693
Sistema Locomotor.....	696
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	696
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	702

Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	826
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	838
Terapia De Trastorno Cognitivo.....	839
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	840
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	842
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	852
Thyroid Therapy.....	853
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	853
Vitamins - E.....	857
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	857

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 4	PA
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Lactonas Macroscópica - Drugs For Parasites</b>		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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 4	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sofosbuvir)	Tier 4	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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 4	PA
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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) 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)
<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, biphasic 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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 (Mondoxyme NI Oral Capsule 100 Mg)	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
doxycycline monohydrate (Mondoxyme 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 (dr/ec) 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	
<b>Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics</b>		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Tier 4	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 4	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)
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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	
<b>Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análogo Nucleótido - Drugs For Viral Infections</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Tier 0	\$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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)	Tier 0	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>	Tier 0	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Tier 3	
<b>Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics</b>		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<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 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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)
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; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA
<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 4	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Tier 4	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Tier 4	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 MI)	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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Nebulizers - Antibiotics</b>		
<i>fosfomicin 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)	Tier 0	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)	Tier 0	QL (30 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
<b>Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Rna Polymerase Inhibitors - Drugs For Viral Infections</b>		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (molnupiravir)	Tier 0	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Tier 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml)</i>	Tier 1	
<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 (dr/ec) 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 (dr/ec) 500 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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 4	PA
<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 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 4	PA
<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 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Tier 4	PA
<b>Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach</b>		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Tier 4	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 4	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Tier 3	PA
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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>		
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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>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	
<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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate/PF)	Tier 3	
<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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Sulfonylurea Derivatives - Drugs For The Stomach</b>		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Tier 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Tier 4	PA
<b>Antileprotic - Sulfone Agents - Drugs For The Stomach</b>		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (cholic acid)	Tier 4	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	
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 (difenoxyin 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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, 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 4	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	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<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 (drlec) 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 (drlec) 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (risankizumab-rzaa)	Tier 4	PA
<b>Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome</b>		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Tier 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 4	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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 320, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (320 ML per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (1 EA per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	Tier 0	\$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)	Tier 0	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)
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	Tier 0	\$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)	Tier 0	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	Tier 0	\$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 4	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
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 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
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 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
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 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Tier 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Tier 2	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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-l.bulgar oral tablet 1 million cell</i>	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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,lon gum)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 3	
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>		
SEKOT KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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>sucrafate oral suspension 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sucrafate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Varias Combinaciones Antidiarreicas - Drugs For Diarrhea</b>		
BANATROL PLUS ORAL POWDER IN PACKET (banana flakes/transgalactooligosaccharides)	Tier 3	
<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 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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>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 4	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Tier 4	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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- 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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
<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 ML)	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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Tier 4	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Tier 4	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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 Lymphopoietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd</b>		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Tier 4	PA
<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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (brompheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 3	Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 ML)	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 3	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)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<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 4	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis</b>		
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 4	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 4	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Tier 4	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Tier 4	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 4	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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 4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 4	
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 4	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)
<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>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 4	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	
<b>Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Il-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd</b>		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Il-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd</b>		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Tier 4	PA
<b>Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Il-5) - Drugs For Asthma/Copd</b>		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Tier 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Tier 4	PA
<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 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Tier 4	PA
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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/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)
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 (Breyna 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<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 4	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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver</b>		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Tier 4	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Tier 4	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Tier 4	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	
<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 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
<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 4	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<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 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
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 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
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 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
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 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	
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	
<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	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Tier 1	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<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	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	
<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 syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 120 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 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa 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>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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)	Tier 0	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	Tier 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<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)	Tier 0	
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Tier 1	
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Tier 4	PA
<b>Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs</b>		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Tier 4	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	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 Analgésico De Opiode Oxycodona - 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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 4	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Tier 4	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Tier 4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Tier 4	PA
<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 4	PA
<b>Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs</b>		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 4	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 4	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 4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Tier 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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 4	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 4	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 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (belimumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Air Cleaners - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (abatacept)	Tier 4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Tier 4	PA
<b>Spermicides - 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Tier 1	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	
<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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	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; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
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	QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	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	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	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	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.6 ML per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Tier 3	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	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	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	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.6 ML per 28 days)
Trexall ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Progestins - Arthritis And Pain Drugs</b>		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<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 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
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 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
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 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 2	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 4	PA
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<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	
<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>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	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Anthelmintic</b>		
<b>Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor</b>		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)</b>		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Tier 4	PA
<b>Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors</b>		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (momelotinib dihydrochloride)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors</b>		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations</b>		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer</b>		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer</b>		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Agente Alquilante - Alquilsulfanato - Drugs For Cancer</b>		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer</b>		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 4	
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 4	
HEPZATO INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 4	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer</b>		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer</b>		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; 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>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer</b>		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer</b>		
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptapurine)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Must meet the following requirement: Mercaptopurine in 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer</b>		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer</b>		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer</b>		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Inhibidor De Quinasa Receptora De Tropomiosina (Trk) - Drugs For Cancer</b>		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (larotrectinib sulfate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer</b>		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer</b>		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer</b>		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer</b>		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer</b>		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer</b>		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer</b>		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (repotrectinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Tier 4	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer</b>		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer</b>		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate/vitamin E TPGS)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Mtor - Drugs For Cancer</b>		
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirocina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer</b>		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer</b>		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Quinasa De Janus(Jak), Inhib De Tipo Fms De Tirosina Quinasa(Flt) - Drugs For Cancer</b>		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (fedratinib dihydrochloride)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer</b>		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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	QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Tier 3	QL (1 EA per 30 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 3	QL (2 EA per 365 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer</b>		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG (sotorasib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer</b>		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer</b>		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer</b>		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antitubercular - Rifamycin And Derivatives - Drugs For Cancer</b>		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Drugs For Cancer</b>		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer</b>		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; 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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer</b>		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxi-lasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer</b>		
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer</b>		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer</b>		
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG (mobocertinib succinate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer</b>		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
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 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer</b>		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer</b>		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer</b>		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Prostaglandins - Drugs For Cancer</b>		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Tier 4	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer</b>		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Tier 1	PA
<b>Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer</b>		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer</b>		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Vaccines - Bacterial - Drugs For Cancer</b>		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (estramustine phosphate sodium)	Tier 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Drugs For Cancer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<b>Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women</b>		
<b>Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills</b>		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Tier 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 0	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
<b>Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills</b>		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	Tier 0	
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (estradiol valerate/dienogest)	Tier 0	
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Tier 0	
<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)	Tier 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Tier 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Tier 0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	Tier 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills</b>		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Tier 0	
<b>Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills</b>		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 0	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
<b>Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills</b>		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	Tier 0	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	Tier 0	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	Tier 0	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	Tier 0	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 0	
<b>Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills</b>		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Tier 0	
<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>	Tier 0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Tier 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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/iron (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Kaitlib Fe Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1-50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
LAYOLIS FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	Tier 0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	Tier 0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	
<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>	Tier 0	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Tier 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	Tier 0	
<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>	Tier 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	Tier 0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Tier 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 0	
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Tier 0	
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet, Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 0	
<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)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Tier 0	
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Tier 0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	Tier 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	Tier 0	
<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>	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Tier 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Tier 0	
<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>	Tier 0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Tier 0	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Tier 0	
<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)	Tier 0	
<b>Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills</b>		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	Tier 0	
<b>Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills</b>		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	Tier 0	
<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))	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Tier 0	
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Tier 0	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	
<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>	Tier 0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Pimtrea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Tier 0	
<b>Diagnostic Test Reagents - Birth Control Pills</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML (medroxyprogesterone acetate)	Tier 0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Tier 0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	Tier 0	
<b>Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills</b>		
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	Tier 0	
<b>Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills</b>		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	Tier 0	
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	Tier 0	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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 4	PA
<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 4	PA
<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 4	PA
<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 4	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 4	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Tier 4	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Tier 4	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 4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 4	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 4	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 4	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Tier 1	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Tier 4	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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
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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<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 (nalmeferene HCl)	Tier 3	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Tier 3	QL (2 ML per 30 days)
<b>Antiseptic - Chlorine Releasing</b>		
<b>Endothelin Receptor Antagonists</b>		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Tier 4	PA
<b>Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist</b>		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Pah-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb</b>		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Tier 4	PA
<b>Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)</b>		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (sotatercept-csrk)	Tier 4	
<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 4	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Tier 4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Tier 4	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Tier 4	PA
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 4	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Tier 4	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 4	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Tier 4	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 4	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Tier 4	PA
<b>Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol</b>		
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Tier 4	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 4	PA
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Tier 4	PA
<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 4	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Tier 4	PA
<b>Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart</b>		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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>methyldopa-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	
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Tier 4	PA
<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	
<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 4	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
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Tier 3	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	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
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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>	Tier 0	\$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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>	Tier 0	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>	Tier 0	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>	Tier 0	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 0	\$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)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 0	\$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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol</b>		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	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
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	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
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	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 - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol</b>		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	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
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	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	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- 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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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(drlec) 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 Ii (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	
<b>Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiacepinas - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)</i>	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<b>Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart</b>		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Tier 4	PA
<b>Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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 4	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<b>Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Tier 4	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Tier 4	QL (60 EA per 365 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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/docosahexaenoic 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/docosahexaenoic 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	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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(dr/lec) 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tier 4	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Tier 4	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Tier 4	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<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>Oxytocic 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Tier 1	
<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 4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 4	PA
<b>Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart</b>		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Tier 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	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	QL (4 EA per 1 FILL)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Tier 2	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 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 1	
<b>Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<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 4	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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 4	PA
<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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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 4	PA
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Tier 4	PA
<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 4	PA
CABLIVI INJECTION RECON SOLN 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Tier 4	PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 4	PA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 4	PA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 4	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Tier 4	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Tier 4	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Tier 4	PA
<b>Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood</b>		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Tier 4	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)
<b>Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood</b>		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Tier 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Tier 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Tier 4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Tier 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Tier 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Tier 4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Tier 4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Tier 4	PA
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Tier 4	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapegrastim-xnst)	Tier 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Tier 4	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Tier 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Tier 4	PA
<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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Tier 4	PA
<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	
<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	
<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	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) subcutaneous syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	Tier 1	
<b>Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood</b>		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Tier 4	PA
<b>Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots</b>		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Tier 1	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	
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Tier 4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium, porcine)	Tier 4	QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium, porcine)	Tier 4	QL (7.6 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	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 4	QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	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 4	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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 4	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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) 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	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazolo.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)	Tier 0	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Tier 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (drlec) 325 mg, 81 mg</i>	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
DURLAZA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Tier 3	PA
ECOTRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Tier 0	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Tier 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Tier 0	
<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 4	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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 4	
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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	
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 4	
ALTUVIII INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor rFVIII Fc-VWF-XTEN, BDD-eh1)	Tier 4	
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 4	
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 4	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
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 4	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-auc)	Tier 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
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 4	
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Tier 4	
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 4	
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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Tier 4	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Tier 4	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Tier 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 2,000 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 3	
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 4	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<b>Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 4	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 4	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 4	PA
<b>Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 4	PA
<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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Tier 4	
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 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor)	Tier 4	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Tier 4	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 4	
<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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Tier 4	
<b>Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
COAGADDEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Tier 4	
<b>Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding</b>		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Tier 4	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Tier 4	
<b>Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood</b>		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Tier 4	PA
<b>Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood</b>		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Tier 4	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 4	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 4	PA
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG (voxelotor)	Tier 4	PA
<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 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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)
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	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 4	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 3	
L-CARNOSINE ORAL CAPSULE 500 MG (carnosine)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 fumarate/folic acid/dha)	Tier 3	
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 fumarate/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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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>Analgésico Opioid Pentazocine Combinaciones - Drugs For Nutrition</b>		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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>Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid/Sedative Combinations - Drugs For Nutrition</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 (META FOLIN) 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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) 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	
cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)	Tier 1	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Tier 1	
<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	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	Tier 0	
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>methyltetrahydrofolate 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 (drlec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	
<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	
<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	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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	
VITAJOY 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Tier 1	
<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	
VITAJoy BIOTIN ORAL TABLET, CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<b>Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition</b>		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Tier 3	
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 1	
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 kcal/scoop, 30 gram- 180 kcal/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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 glycinate/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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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(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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Tier 3	
<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 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition</b>		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Tier 4	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Tier 3	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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 (multivit-min/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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfete)	Tier 3	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfete)	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	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	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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) oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Tier 1	
<i>phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>vitamin b12-folic acid oral tablet, disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Tier 3	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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	
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	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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</b>		
<b>Vaccine Viral - Respiratory Syncytial Virus (Rsv)</b>		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF A and B/PF)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 60 YEARS OF AGE OR OLDER
<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	
<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))	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Tier 0	\$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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<b>Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines</b>		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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
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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Inmunoglobina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents</b>		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Tier 4	PA
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA
<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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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	
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA INITIAL DOSE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines</b>		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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>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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)	Tier 0	\$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))	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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))	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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))	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 YEARS

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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>		
<i>triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)</i>	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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
<b>Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction</b>		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	Tier 0	\$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)	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<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>	Tier 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<b>Inflammatory 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Inflammatory 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	
<b>Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction</b>		
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 0	\$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>	Tier 0	\$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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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	
ENVARUS 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Tier 4	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	
<b>Immunosuppressive - Interleukin-6 (Il-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants</b>		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Tier 4	PA
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Tier 3	PA
<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 4	PA
<b>Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders</b>		
NUDEXTA 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 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)
DULOXICAIN KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 3	
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	
DULOXICAIN KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)

**Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders**

<i>ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)</i>	Tier 4	PA
<i>ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)</i>	Tier 4	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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 (Epilex 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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 4	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Tier 4	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>primidone oral tablet 125 mg</i>	Tier 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<b>Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Tier 4	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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 oral tablet, chewable 50 mg</i>	Tier 1	
<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 4	
<b>Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 4	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 4	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain</b>		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<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 (drlec) 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<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 4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 4	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-Tienobenzodiazepinas - 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
<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 Dibenzodiazepina - 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	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 4	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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,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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa 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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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)
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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET, CHEW, IR-ER. BIPHASIC 24HR 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. BIPHASIC 24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>fluoxetine oral capsule, delayed release (drlec) 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	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia</b>		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Tier 4	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 4	PA
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Tier 4	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	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Tier 4	PA
GOCOVRI ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Tier 4	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 4	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 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Symtouch, 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	QL (18 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	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	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Alkaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches</b>		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Tier 2	PA
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 2	PA
<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 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 4	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 4	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 4	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 4	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 4	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 4	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 4	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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 4	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 4	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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Tier 4	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 4	PA
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Tier 4	PA
<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 4	PA
<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 4	PA
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Tier 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Tier 1	
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	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 2	
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	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 4	PA
<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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	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
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG (testosterone undecanoate)	Tier 3	PA
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
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<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 /actuation, 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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 4	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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
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 pidolate/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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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
<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 Sulfonylurea or preferred Metformin/Sulfonylurea 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Antihiper glucémicos, 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
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG (semaglutide)	Tier 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	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>Antihiper glucémicos-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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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
<b>Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones</b>		
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Tier 1	
<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	
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 4	
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Tier 4	PA
<b>Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women</b>		
<i>estradiol/norethindrone acetate (Amabelz Oral Tablet 0.5-0.1 Mg, 1-0.5 Mg)</i>	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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 (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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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 4	PA
<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 4	QL (2 EA per 1 day)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Tier 4	QL (4 EA per 1 day)
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones</b>		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Tier 4	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 4	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Tier 4	PA
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss</b>		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Tier 1	
<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>	Tier 0	\$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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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 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
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones</b>		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Tier 4	PA
<b>Glucocorticoides - Drugs For Inflammation</b>		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Tier 4	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Tier 4	PA
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Tier 4	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Tier 4	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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Tier 4	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Tier 4	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG (hydrocortisone sodium succinate)	Tier 3	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TARPEYO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 4 MG (budesonide)	Tier 4	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	
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	ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 2	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Tier 2	
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 3	ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 4	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 4	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 4	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women</b>		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Tier 4	
<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)
<b>Inhibidor De Antihiper glucémicos-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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Tier 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Tier 4	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG (somatropin)	Tier 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogonghla)	Tier 4	PA
NORDITROPIN FLEXPLO 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 4	PA
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 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Tier 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Tier 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Tier 4	PA
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 4	PA
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 4	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Tier 4	PA
<b>Insulin Pork Combinations - Drugs For Women</b>		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Tier 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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) Antagonistas - Drugs For Women</b>		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Tier 4	
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Tier 4	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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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 4	PA
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes</b>		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Tier 4	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Tier 4	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 4	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 4	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 4	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 4	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 4	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 4	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Tier 4	PA
<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
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
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 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, 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
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 4	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Tier 4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Tier 4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Tier 4	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Tier 4	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Tier 4	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 4	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 4	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 4	PA
<b>Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis</b>		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Tier 4	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
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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents</b>		
<b>Ophthalmic Antibacterial</b>		
<i>sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)</i>	Tier 1	
<i>sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)</i>	Tier 1	
<b>Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations</b>		
<b>Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations</b>		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	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	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor</b>		
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Tier 4	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 4	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 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 4	PA
<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 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 4	PA
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	PA
<b>Anticoagulants - Drugs For The Skin</b>		
REGSPANX TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Tier 2	
<b>Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin</b>		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 4	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 4	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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 topical ointment 5 %</i>	Tier 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Tier 3	
<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>Antipsoriáco - 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin</b>		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (spesolimab-sbzo)	Tier 4	
<b>Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin</b>		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Tier 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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 4	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (secukinumab)	Tier 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Tier 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Tier 4	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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 sulfate/sod phosphate, mono)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	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 4	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Tier 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Tier 4	PA
<b>Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin</b>		
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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 4	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	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 cream 41 %</i>	Tier 3	
<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 4	
<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 Despigmntación - 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 3	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Tier 3	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)
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	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 4	PA
<b>Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin</b>		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 3	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe 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/NaHypoCl)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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/alo 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	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	
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Tier 1	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 butyrate topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/sheabutter/marigold/argan)	Tier 3	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Tier 3	
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/sheatree)	Tier 3	
<b>Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin</b>		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Tier 1	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
zinc oxide topical ointment 20 %	Tier 3	
zinc oxide topical paste 25 %	Tier 3	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 3	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 1	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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)
<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 4	QL (60 GM per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin</b>		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 3	
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	
DICLOTRAL 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 3	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 3	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 3	
<b>Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratolíticas - 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
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	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 %</i> , 0.3-2.5 %	Tier 1	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 3	
OXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Tier 3	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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)
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 0.08 %</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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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-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	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfren 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>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	
RECONSTITUTE 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	
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	
DUREX AIR CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Tier 0	
<b>Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Tier 0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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>Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Tier 0	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 COVID 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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



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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 - 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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)	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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syringe w-needle 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRINGE 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
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 SYRNG-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 SYRNG-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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASYPPOINT 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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-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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0.5 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0.5 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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 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 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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURES SAFE 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 (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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACUTREND 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	DME	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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-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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<b>Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Tier 2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq)	Tier 2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 2	
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - Agujas 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 Gaza 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
<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	
ACCU-TREND 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
IGLUOSE 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
INSUFロン 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
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	
<b>Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gaza - Medical Supplies And Durable Medical Equipment</b>		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Tier 3	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 Aggregation Inhibitors - Glycoprotein IIb/IIIa Receptor Inhibitors - 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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>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 4	PA
<b>Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator</b>		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Tier 4	PA
<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>Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 4	
<b>Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Tier 4	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Tier 4	PA
<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 4	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Tier 4	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Tier 4	PA
<b>Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opióide - 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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)
<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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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 4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 4	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 4	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
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Tier 2	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Tier 3	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Tier 3	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 3	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Tier 2	PA
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Tier 2	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	PA
<b>Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles</b>		
EVRYSIDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Tier 4	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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)	Tier 0	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0.5 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 3	
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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 transf pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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-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 transf 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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)	Tier 0	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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-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	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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)	Tier 0	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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 SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disponible, 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 disposable, 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 STR 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	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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)	Tier 0	
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)	Tier 0	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 3	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Tier 0	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IGLUCOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
IGLUCOSE 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	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
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	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
<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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics, amblyopia)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 1/2 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	
nebulizer and compressor device	Tier 3	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 3	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,automated dosing,BT with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq)	Tier 2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Tier 2	
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	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 2	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 2	
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	
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 3	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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 COMPRESSR-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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
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	
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 3	
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 3	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 3	
TENSURE 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
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	
THERAHOONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 3	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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)	Tier 0	
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 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	
TRUETEST 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Tier 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Tier 0	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 TLC LANCETS (lancets)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Tier 0	
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XENOVIEW 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Tier 3	
turmeric root extract oral capsule 500 mg	Tier 3	
turmeric root extract oral tablet 500 mg	Tier 3	
turmeric root-ginger root ext oral tablet, chewable 150-25 mg	Tier 3	
turmeric-ginger-black pepper oral tablet, chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg	Tier 3	
turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg	Tier 3	
valerian root oral capsule 450 mg	Tier 3	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Tier 3	
vit c-echinacea purpurea xt oral tablet, chewable 75-3 mg	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>		
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	Tier 3	
<b>Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs</b>		
colchicine oral capsule 0.6 mg	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
colchicine oral tablet 0.6 mg	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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<sub>2</sub>) 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	
<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 4	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 4	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - Calcium - Drugs For The Urinary System</b>		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Tier 4	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Tier 4	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 300 mg</i>	Tier 4	
<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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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, 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Tier 1	
<i>tropium 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	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	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	
<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: Velporo 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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)
<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 4	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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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 4	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Tier 4	
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>Thyroid Therapy</b>		
<b>Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor</b>		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Tier 4	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 4	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Tier 4	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 4	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 4	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 4	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Tier 4	
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 4	PA
<b>Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism</b>		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Tier 4	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Tier 4	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Tier 4	PA
<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 4	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 4	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Tier 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Tier 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Tier 4	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 4	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Tier 4	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 4	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Tier 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Tier 4	PA
<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 4	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 4	PA
<b>Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism</b>		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Tier 4	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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</b>		
<b>Ophthalmic Antiparasitics</b>		
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Tier 4	PA
<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/proparacaine/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	
TOBEX 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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Tier 2	
<b>Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes</b>		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Tier 3	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Tier 1	
<b>Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes</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 4	
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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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>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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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-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	
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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)
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 Viscoelástico - Drugs For The Eye</b>		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
HEALON ENDOCOAT INTRAOCULAR SYRINGE 30 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Tier 3	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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>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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (15 ML per 14 days)
DXTENZA 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
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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<i>loteprednol 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>loteprednol 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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Tier 4	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-Inflammatory</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	
<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	
<i>neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)</i>	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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - 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	
<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 - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye</b>		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Tier 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye</b>		
ALOCRILOPHTHALMIC (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)
ALOMIDOPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (lodoxamide 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)
<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 4	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - 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	
<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	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<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)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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-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
<b>Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye</b>		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Tier 4	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Tier 4	PA
<b>Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories</b>		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

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 - 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 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 Medicamentos Genéricos No Preferidos y Medicamentos de Marcas No Preferidos | Nivel 4 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa 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.....	596, 702	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO .....	622, 703	ACTICOAT SURGICAL DRESSING.....	481
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	596, 702	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS.....	622, 703	ACTIFLOVIT.....	284
2-IN-1 LANCET DEVICE .....	622, 702	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....	622, 703	ACTI-LANCE LANCETS .....	623, 703
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....	622, 702	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP.....	663, 703	ACTIMMUNE.....	1
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....	622, 660, 702	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS.....	622, 703	<i>activated charcoal</i> .....	40
A-25 (VIT A PALMITATE)....	284	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....	622, 703	ACTIVE-PAC.....	350, 414
<i>abacavir</i> .....	19	Accutane.....	557	ACTIVNUTRIENTS.....	301
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	17	ACCUTREND GLUCOSE CONTROL.....	623, 703	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....	300
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S.....	300	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS.....	663, 703	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE.....	300
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT....	353, 384	ACD SOLUTION A.....	249	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN.....	300
ABILIFY MYCITE STARTER KIT.....	353, 384	ACD-A.....	249	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....	301
<i>abiraterone</i> .....	169, 173	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....	675, 703	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON).....	301
ABLYSINOL.....	198	<i>acebutolol</i> .....	232	ACUICYN.....	533
ABRILADA(CF).....	57, 107, 141	ACESO AG.....	480	ACUVAIL (PF).....	861
ABRILADA(CF) PEN .....	57, 107, 141	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> .....	119, 133	<i>acyclovir</i> .....	13, 474, 475
ABRYSVO (PF).....	321	<i>acetaminophen-codeine</i> .....	138	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	326
ABSORICA LD.....	557	<i>acetazolamide</i> .....	200	ADAINZDE.....	551
ACAI BERRY DIET.....	832	<i>acetic acid</i> .....	690, 844	ADAINZOXIA.....	553
<i>acamprosate</i> .....	346	<i>acetylcarnitine</i> .....	282	<i>adalimumab-aacf</i> ... 57, 107, 141	
<i>acarbose</i> .....	450	<i>acetylcysteine</i> .....	101, 194	<i>adalimumab-aaty</i> ... 57, 107, 141	
ACCRUFER.....	276	<i>acetylglucosamine</i> .....	826	<i>adalimumab-adaz</i> .. 57, 107, 141	
ACCUCAINE KIT.....	146, 503	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....	64	<i>adalimumab-adbm</i> .57, 107, 141	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN.....	622, 702	ACIDOPHILUS-PECTIN.....	49	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS.....	57, 107, 141
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP.....	663, 702	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> .....	64	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV.....	58, 107, 141
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....	622, 702	ACIOXIA.....	504	<i>adalimumab-fkjp</i> .... 58, 108, 141	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV.....	622, 702	ACIOXIAY.....	539	<i>adalimumab-ryvk</i> ... 58, 108, 142	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER....	622, 702	ACIPHEX SPRINKLE.....	45	<i>adapalene</i> .....	555
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....	622, 702	<i>acitretin</i> .....	488	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 553	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....	622, 702	ACT DRY MOUTH.....	338	ADASUVE.....	385
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....	663, 703	ACTEMRA.....	134	ADBRY.....	484
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET.....	622, 703	ACTEMRA ACTPEN.....	134	<i>adefovir</i> .....	31
		ACTHAR.....	433	ADEINZDE.....	551
		ACTICOAT 7 DRESSING...481		ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....	292
		ACTICOAT DRESSING.....481		ADEMPAS.....	222
		ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....	481	ADENO-HYDROXO B12.....	274
		ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....	481	<i>adenovirus vac live type-4, 7</i> .....	321, 326

<i>adenovirus vaccine live type-4</i> .....	321, 326	ADVOCATE PEN NEEDLE .....	596, 704	AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP).....	334
<i>adenovirus vaccine live type-7</i> .....	321, 326	ADVOCATE REDI-CODE PLUS .....	623, 663, 704	AFREZZA.....	462
ADJUSTABLE LANCING DEVICE.....	623, 703	ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L.....	623, 704	AFSTYLA.....	247
ADLARITY.....	840	ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH.....	623, 704	AFTER PILL.....	174, 176
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	435	ADVOCATE SYRINGES .....	596, 704, 705	AFTERA.....	174, 176
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO.....	435	ADYNOVATE.....	246	AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS.....	623, 706
ADTHYZA.....	456	ADZENYS XR-ODT.....	397, 405	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS.....	663, 706
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	301, 830	AEMCOLO.....	30	AGAMATRIX CONTROL HIGH.....	623, 706
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC.....	64	AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM.....	675, 705	AGAMATRIX CONTROL NORM-HI.....	623, 706
ADULT ASPIRIN REGIMEN .....	123, 244	AEROCHAMBER MINI.....	675, 705	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2.....	623, 706
ADULT LOW DOSE ASPIRIN.....	123, 244	AEROCHAMBER MV ..	675, 705	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4.....	623, 706
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES.....	301	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU.....	675, 705	AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS.....	663, 706
ADULTS 50 PLUS.....	301	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK.....	676, 705	AGAMREE.....	452
ADULTS MULTIVITAMIN....	301	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK.....	676, 705	AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	416
ADVAIR HFA.....	104	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK.....	676, 705	AIMSCO LATEX CONDOM .....	561, 706
ADVANCE PLUS INTERMITTENT.....	592, 703	AEROCHAMBER PLUS Z STAT.....	676, 705	AIRDUO DIGIHALER.....	104
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT.....	508	AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK.....	676, 705	AIRS DISPOSABLE NEBULIZER.....	568, 706
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP.....	663, 704	AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK.....	676, 705	AIRSUPRA.....	104
ADVANCED GLUCOSE METER.....	623, 704	AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK.....	676, 705	AIRZONE PEAK FLOW METER.....	662, 706
ADVANCED HERBALS GINGER.....	832	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG.....	676, 705	AJOVY AUTOINJECTOR....	425
ADVANCED HERBALS NAUSEA.....	833	AEROECLIPSE II NEBULIZER.....	568, 705	AJOVY SYRINGE.....	425
ADVANCED LANCING DEVICE.....	623, 704	AEROECLIPSE XL NEBULIZER.....	568, 705	AKEEGA.....	147
ADVANCED PROBIOTIC.....	64	AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT.....	662, 706	AKLIEF.....	555
ADVANCED SKIN CARE....	505	AERONEB GO.....	676, 706	AKTEN (PF).....	864
ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	623, 704	AERONEB GO NEBULIZER .....	568, 706	AKYNZEO (NETUPITANT)...	41
ADVATE.....	246	AEROTRACH PLUS....	676, 706	Ala-Cort.....	508
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST.....	565, 704	AEROVENT PLUS.....	676, 706	ALADERM PLUS.....	546
ADVOCATE LANCET ..	623, 704	Afirmelle.....	177	ALAMAX CR.....	830
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	623, 704	AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF).....	334	ALAMAX PROTECT.....	830
				Ala-Scalp.....	508
				<i>albendazole</i> .....	1
				<i>albuterol sulfate</i> .....	98, 99
				Alcaine.....	872
				<i>alclometasone</i> .....	508, 509
				ALCORTIN A.....	497
				ALECENSA.....	155
				<i>alendronate</i> .....	447
				ALFAMINO JUNIOR.....	298
				ALFERON N.....	521



<i>alfuzosin</i> .....	843	ALL FLOW 1000 PFT	ALTAFLUOR BENOX..	862, 871
ALINIA.....	2	FILTER.....	Altavera (28).....	177
<i>aliskiren</i> .....	225	ALL FLOW 3000 KIT... 676, 707	ALTERA NEBULIZER	
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		ALL FLOW 3000 PFT	HANDSET.....	568, 707
D3.....	290	FILTER.....	ALTERA NEBULIZER	
ALIVE DAILY ENERGY.....	301	ALL FLOW 4000 KIT... 676, 707	SYSTEM.....	568, 707
ALIVE DIABETIC		ALL FLOW 4000 PFT	ALTERNATE SITE LANCET	
MULTIVITAMIN.....	301	FILTER.....	.....	624, 708
ALIVE ENERGY 50 PLUS... 301		ALL FLOW 5000 KIT... 676, 707	ALTERNATE SITE	
ALIVE KIDS CHEWABLE.... 319		ALL FLOW 5000 PFT	LANCING DEVICE.....	624, 708
ALIVE MAX POTENCY..... 302		FILTER.....	ALTOPREV.....	203
ALIVE MAX3 POTENCY..... 302		ALL FLOW 6000 PFT	ALTRENO.....	556
ALIVE MEN'S 50 PLUS		FILTER.....	ALTRIXA.....	292
MULTIVIT.....	302	ALLERGIST TRAY 1/2 ML	ALTUVIIIIO.....	247
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		27GX3/8".....	<i>alum, ammonium (bulk)</i> .....	690
(VIT K).....	302	ALLERGIST TRAY	ALUNBRIG.....	156
ALIVE MEN'S 50 PLUS		INTRADERMAL BEV... 571, 707	ALVAIZ.....	236
ULTRA.....	302	ALLERGIST TRAY	ALVESCO.....	88
ALIVE MEN'S ENERGY..... 302		REGULAR BEVEL..... 571, 707	<i>alvimopan</i> .....	193
ALIVE MEN'S GUMMY..... 302		ALLERGY SYRINGE... 571, 707	Alyacen 1/35 (28).....	177
ALIVE MEN'S MAX3		ALLEVYN.....	Alyacen 7/7/7 (28).....	186
POTENCY.....	302	ALLEVYN ADHESIVE	Alyq.....	198
ALIVE MEN'S ULTRA		DRESSING.....	Amabelz.....	444
POTENCY.....	302	ALLEVYN AG.....	<i>amantadine hcl</i> .....	415
ALIVE PREMIUM ADULT... 302		ALLEVYN AG ADHESIVE... 481	<i>ambrisentan</i> .....	223
ALIVE PREMIUM KIDS..... 319		ALLEVYN AG GENTLE	<i>amcinonide</i> .....	509
ALIVE PREMIUM MEN'S... 303		DRESSING.....	AMELUZ.....	494
ALIVE PREMIUM		ALLEVYN HEEL.....	Amethia.....	189
PRENATAL.....	303	ALLEVYN LIFE DRESSING	Amethyst (28).....	177
ALIVE PREMIUM		.....	AMIELLE VAGINAL	
WOMEN'S.....	303	<i>allopurinol</i> .....	TRAINER.....	558, 708
ALIVE PREMIUM		<i>almotriptan malate</i> .....	<i>amiloride</i> .....	212
WOMEN'S 50 PLUS.....	303	ALOCRI.....	<i>amiloride-</i>	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alogliptin</i> .....	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	218
(BLEND).....	303	<i>alogliptin-metformin</i> .....	<i>aminocaproic acid</i> .....	243
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alogliptin-pioglitazone</i> .....	<i>amiodarone</i> .....	201
GUMMY.....	303	ALOMIDE.....	<i>amitriptyline</i> .....	393
ALIVE WOMEN'S ENERGY 303		<i>alosepron</i> .....	<i>amitriptyline-</i>	
ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid</i> .....	<i>chlordiazepoxide</i> .....	377, 387
VITAMIN.....	303	<i>alpha lipoic acid-biotin</i> .....	AMJEVITA(CF).....	58, 108, 142
ALIVE WOMEN'S ULTRA		ALPHA LIPOIC SUSTAIN-	AMJEVITA(CF)	
POTENCY.....	303	BIOTIN.....	AUTOINJECTOR... 58, 108, 142	
ALKALINE BATTERIES		ALPHANATE.....	<i>amlodipine</i> .....	214
.....	624, 706	ALPHANINE SD.....	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	223
ALKALOL NASAL WASH..... 94		<i>alprazolam</i> .....	<i>amlodipine-benazepril</i> .....	227
ALKA-SELTZER PM		ALPRAZOLAM INTENSOL	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	225
(MELATONIN).....	49, 411	.....	<i>amlodipine-valsartan</i> .....	225
ALKINDI SPRINKLE.....	452	ALPROLIX.....	<i>amlodipine-valsartan-</i>	
ALL FLOW 1000 KIT... 676, 706		ALTABAX.....	<i>hcthiamid</i> .....	213
		ALTACAINE.....	<i>ammonium lactate</i> .....	507

Amnesteem.....	557	AQINJECT 3.0 LOCK		<i>ashwagandha root extract</i> ... 833
<i>amoxapine</i> .....	393	SYRINGE.....	571, 708	ASMANEX HFA..... 89
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		AQINJECT LUER LOCK		ASMANEX TWISTHALER..... 89
<i>lansopraz</i> .....	49	SYRINGE.....	571, 708	<i>aspirin</i> ..... 124, 244
<i>amoxicillin</i> .....	3, 4	AQINJECT PEN NEEDLE		ASPIRIN CHILDRENS 124, 244
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	5	.....	596, 708	<i>aspirin-dipyridamole</i> ..... 254
<i>amphetamine</i> .....	397, 405	AQINJECT SAFETY		<i>aspirin-omeprazole</i> ..... 241
<i>amphetamine sulfate</i>		NEEDLE.....	571, 708	ASPRUZYO SPRINKLE..... 225
.....	357, 379, 397	AQINJECT SAFETY		ASPYRERX DIGITAL APP
<i>ampicillin</i> .....	4	SYRINGE.....	571, 708	(90-DAY)..... 568, 709
AMVISC.....	864	AQINJECT STANDARD		ASSURE 4 CONTROL
AMVISC PLUS.....	864	NEEDLE.....	571, 708	SOLUTION..... 624, 709
<i>amyl nitrite</i> .....	194, 228	AQINJECT STANDARD		ASSURE 4 STRIPS..... 663, 709
AMZEEQ.....	540	AQUA LANCE LANCING		ASSURE DOSE NORMAL
ANACAINE.....	508	DEVICE.....	624, 709	CONTROL..... 624, 709
<i>anagrelide</i> .....	253	AQUORAL.....	339	ASSURE DOSE NORM-HI
ANA-LEX KIT.....	471	ARAKODA.....	14	CONTROL..... 624, 709
ANALPRAM-HC.....	532	ARALAST NP.....	100	ASSURE ID DUO PRO
ANASCORP.....	322	Aranelle (28).....	186	SFTY PEN NDL..... 596, 709
ANASTIA.....	494	ARANESP (IN		ASSURE ID PEN NEEDLE
<i>anastrozole</i> .....	172	POLYSORBATE).....	238	..... 596, 709
ANDRODERM.....	437	ARAZLO.....	556	ASSURE ID PRO PEN
ANGELIQ.....	463	ARCALYST.....	130	NEEDLE..... 596, 709
ANNOVERA.....	175	ARESTIN.....	340	ASSURE LANCE..... 624, 709
ANODYNE LPT.....	546	AREXVY (PF).....	321	ASSURE LANCE PLUS
ANORO ELLIPTA.....	103	<i>arformoterol</i> .....	97	..... 624, 709
<i>anticoag citrate phos</i>		<i>arginine (l-arginine)</i> .....	257	ASSURE PLATINUM
<i>dextrose</i> .....	250	<i>arginine hcl (l-arginine)</i> .....	257	GLUCOSE METER..... 624, 709
ANTIOXIDANT FORMULA		ARGYLE TRACHEOSTOMY		ASSURE PLATINUM TEST
(SELENIUM).....	304, 830	CARE TRAY.....	558, 709	STRIP..... 663, 709
ANUCORT-HC.....	470	ARIKAYCE.....	5	ASSURE PRISM CONTROL
ANZEMET.....	48	<i>aripiprazole</i> .. 353, 354, 384, 385		1-2 SOLN..... 624, 709
APADAZ.....	119	<i>armodafinil</i> .....	356	ASSURE PRISM MULTI
Apexicon E.....	509	ARMONAIR DIGIHALER.....	89	METER..... 624, 710
APIDRA SOLOSTAR U-100		ARMOUR THYROID.....	456	ASSURE PRISM MULTI
INSULIN.....	435	ARNUITY ELLIPTA.....	89	STRIP..... 663, 710
APIDRA U-100 INSULIN.....	435	ARTISS.....	485	ASTAGRAF XL..... 347
APLENZIN.....	378	Ascomp With Codeine.....	138	ASTERO..... 494
APLIGRAF.....	547	ASCOR.....	280	ASTHMA CHECK METER
APOGEE IC INTERMIT		<i>ascorbate calcium-</i>		..... 662, 710
CATHETER.....	592, 708	<i>bioflavonoid</i> .....	284	ASTHMAPACK
APOGEE PLUS INTERMITT		<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>		CHILDREN'S..... 662, 710
CATHETER.....	592, 708	.....	280, 281	ASTRINGYN..... 233
<i>apomorphine</i> .....	415	<i>ascorbic acid(vitamin</i>		<i>atazanavir</i> ..... 27
<i>apraclonidine</i> .....	875	<i>c)(bulk)</i> .....	281, 690	<i>atenolol</i> ..... 217
<i>aprepitant</i> .....	38	<i>ascorbic acid-ascorbate</i>		<i>atenolol-chlorthalidone</i> ..... 212
APRETUDE.....	20	<i>sodium</i> .....	281	<i>atomoxetine</i> ..... 427
Apri.....	177	<i>ascorbic acid-zinc oxide</i> .....	286	ATORVALIQ..... 203
APTIOM.....	368, 369	<i>asenapine maleate</i> .....	354, 382	<i>atorvastatin</i> ..... 203
APTIVUS.....	27	Ashlyna.....	189	<i>atovaquone</i> ..... 29
		<i>ashwagandha extract</i> .....	833	



<i>atovaquone-proguanil</i> .....25	AUTOSOFT XC INFUSION	BACICAP.....65
ATRANTIL.....833	SET 23".....673, 711	BACID WITH
ATRAPRO CP.....522	AUTOSOFT XC INFUSION	LACTOSPORE.....65
ATRAPRO DERMAL	SET 32".....673, 711	<i>bacillus coagulan,subtilis-</i>
SPRAY.....479, 692	AUTOSOFT XC INFUSION	<i>xos</i> .....65
ATRAPRO HYDROGEL.....522	SET 43".....673, 711	<i>bacitracin</i> .....858
ATROPEN.....200	AUVELITY.....379	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....860
<i>atropine</i> .....864, 865	AUVI-Q.....231	<i>baclofen</i> .....698, 699
<i>atropine sulfate (pf)</i> .....865	AVEIDA.....528	BAFIERTAM.....469
ATROVENT HFA.....87	AVEIDAOXIA.....529	BALANCED B-50
Aubra.....178	AVENOVA.....533	COMPLEX (FOLIC).....254
Aubra Eq.....177	Aviane.....178	BAL-CARE DHA.....258
AUGMENTIN.....6	AVIDOXY DK.....24	BAL-CARE DHA
AUGTYRO.....158	AVITA.....556	ESSENTIAL.....258
AURA PORTANEB.....568, 710	AVITENE.....233	<i>balsalazide</i> .....34
Aurovela 1.5/30 (21).....178	AVITENE FLOUR.....233	<i>balsam peru (bulk)</i> .....690, 833
Aurovela 1/20 (21).....178	AVO CREAM.....522	<i>balsam peru-castor oil</i> .....478
Aurovela 24 Fe.....178	AVONEX.....467	BALVERSA.....154
Aurovela Fe 1.5/30 (28).....178	Ayuna.....178	Balziva (28).....178
Aurovela Fe 1-20 (28).....178	AYVAKIT.....158	BANATROL PLUS.....82
AURUMHEEL.....342	AZADROX.....497	BAQSIMI.....431
AURYXIA.....276, 849, 851	AZASITE.....858	BARACLUDGE.....31
AUSTEDO.....418, 425, 426	<i>azathioprine</i> .....130, 348	BARDEX I.C. FOLEY
AUSTEDO 12MG START	<i>azelaic acid</i> .....529, 540	CATHETER.....592, 711
TITR(WK1-4).....418, 425, 426	<i>azelastine</i> .....94, 865	BASADROX.....497
AUSTEDO TD TITRATN PK	<i>azelastine-fluticasone</i> .....83	BASAGLAR KWIKPEN U-
(WK 1-2).....418, 425, 426	AZELEX.....529, 541	100 INSULIN.....434
AUSTEDO XR.....418, 426	AZESCO.....281	BAXDELA.....6
AUSTEDO XR TITRATION	<i>azithromycin</i> .....12	BAYER ASPIRIN.....124, 245
KT(WK1-4).....418, 426	AZO COMPLETE	BAYER LOW DOSE
AUTOJECT 2 INJECTION	FEMININE BALANCE.....64	ASPIRIN.....124, 245
DEVICE.....597, 710	AZO CRANBERRY PLUS	B-COMPLEX INJECTION...318
AUTO-LANCET MINI...624, 710	PROBIOTIC.....833	B-COMPLEX PLUS B-12....317
AUTOLET IMPRESSION	AZO CRANBERRY PLUS	<i>b-complex with vitamin c</i> ....254
LANC DEV.....624, 710	VIT C.....833	BD ALLERGIST TRAY REG
AUTOLET LANCING	AZO DUAL PROTECTION...65	BEVEL.....571, 572, 711
DEVICE.....624, 710	AZO MEN.....833	BD ALLERGY SYRINGE
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	AZSTARYS.....397	.....572, 711
.....597, 710	Azurette (28).....190	BD AUTOSHIELD DUO
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	B ACTIV.....254	PEN NEEDLE.....597, 711
.....597, 710	B COMPLEX 100.....318	BD BLUNT PLASTIC
AUTOSOFT 30.....673, 710	B COMPLEX-VITAMIN C...317	CANNULA.....572, 711
AUTOSOFT 30 INFUSION	<i>b complex-vitamin c-folic</i>	BD BULK SYRINGE SLIP
PACK 23".....673, 710	<i>acid</i> .....254	TIP.....572, 711
AUTOSOFT 90.....673, 710	B12.....274	BD ECCENTRIC TIP
AUTOSOFT XC INFUSION	B12 ACTIVE.....274	SYRINGE.....572, 711
PACK 23".....673, 710	<i>b12-methyltetrahydrofolate-</i>	BD ECLIPSE LUER-LOK
AUTOSOFT XC INFUSION	<i>b6</i> .....317	.....572, 597, 711, 712
PACK 5".....673, 710	BABY COUGH.....829	BD FILTER NEEDLE-5
	BABY COUGH-MUCUS.....830	MICRON.....572, 712

BD INSULIN SYRINGE .....597, 712	B-D SLIP TIP SYRINGE .....574, 716	BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN)..... 50
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....597, 712	BD SPECIALTY USE NEEDLES.....575, 716	BENEFIX..... 251
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE..... 597, 712	BD SYRINGE..... 576, 717	<i>benfotiamine</i> .....280
BD INSULIN SYRINGE U- 500.....597, 712	BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE.....575, 716	BENLYSTA..... 135
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE..... 598, 712, 713	BD SYRINGE CATHETER TIP.....575, 716	BENTIVITE BX..... 277
BD INSYTE AUTOGUARD .....569, 713	BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE.....575, 716	BENZEPRO..... 554
BD INTEGRA SYRINGE .....572, 713	BD SYRINGE LUER-LOK STERILE.....575, 716, 717	BENZEPRO (MICROSPHERES)..... 554
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN.....573, 713	BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE.....575, 717	<i>benzhydrocodone-</i> <i>acetaminophen</i> ..... 119
BD INTERLINK SYRINGE .....573, 713	BD SYRINGE-DUAL CANNULA..... 576, 717	<i>benznidazole</i> ..... 27
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV..... 598, 713	BD TUBERCULIN SLIP-TIP .....576, 717	BENZODOX 30..... 24
BD LUER-LOK BULK SYRINGE..... 573, 713	BD TUBERCULIN SYRINGE .....576, 717	BENZODOX 60..... 24
BD LUER-LOK SYRINGE .....573, 574, 713, 714	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE..... 598, 717	<i>benzoin (bulk)</i> ..... 526, 690
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING..... 574, 714	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE..... 599, 717	<i>benzonatate</i> .....86
BD MICROTAINER LANCET..... 624, 714	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE..... 599, 717	<i>benzoyl peroxide</i> ..... 554, 555
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE..... 598, 714	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE..... 599, 717	<i>benztropine</i> .....418
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9.....287	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE..... 599, 718	<i>bepotastine besilate</i> .....865
BD PRECISIONGLIDE 574, 714	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....599, 718	<i>berberine chloride</i> .....5
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY..... 574, 715	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....599, 718	BERBERINE ES-5.....5
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 598, 715	BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST..... 565, 718	BERGACOR..... 833
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG..... 574, 715	BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B.....565, 718	BERGACOR PLUS.....833
BD SAFETYGLIDE SYRINGE..... 574, 598, 715	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2.....565, 718	BERINERT..... 235
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL..... 574, 715	BEANAID.....40	BESER KIT..... 506
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN.....574, 715	BEANO.....40	BESIVANCE..... 857
BD SAF-T-INTIMA.....569, 716	BELBUCA.....137	BESREMI..... 163
BD SLIP TIP SYRINGE .....574, 575, 716	BELSOMRA.....387	BEST FIBER.....50
	<i>benazepril</i> ..... 229	<i>beta carotene</i> .....284
	<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> ..... 227	BETADINE OPHTHALMIC PREP.....859
	BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN)..... 50	<i>betaine</i> ..... 856
		BETALOAN SUIK.....447
		<i>betamethasone dipropionate</i> ..... 509
		<i>betamethasone valerate</i> ..... 509
		<i>betamethasone, augmented</i> 510
		BETASERON..... 467
		<i>betaxolol</i> ..... 217, 863
		<i>bethanechol chloride</i> ..... 852
		BETIMOL.....863
		BETOPTIC S..... 863
		BEVESPI AEROSPHERE... 103
		BEVITROL.....62
		<i>bexarotene</i> .....171, 494
		BEXSERO..... 332
		BEYFORTUS.....321
		<i>bicalutamide</i> ..... 173
		BIGFOOT UNITY.....625, 718

BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG.....	559, 718	BIOTEL CARE BGM-4 METER.....	625, 720	BPCO.....	478
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA.....	559, 718	<i>biotin</i> .....	283	BPO.....	555
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART.....	559, 718	<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn</i> .....	47	BRAFTOVI.....	161
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR.....	559, 718	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	217	BREATHERITE MDI SPACER.....	677, 720
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP.....	559, 719	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	212	BREATHERITE SPACER-MASK, NEO.....	677, 720
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG.....	559, 719	<i>bitter melon extract</i> .....	833	BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT.....	677, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS.....	559, 719	Blisovi 24 Fe.....	178	BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD.....	677, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO.....	559, 719	Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	178	BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT.....	677, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV.....	559, 719	Blisovi Fe 1/20 (28).....	178	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD.....	677, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG.....	559, 719	<i>blood glucose contrl hi,normal</i> .....	625, 720	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	677, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO.....	559, 719	<i>blood glucose control, normal</i> .....	625, 720	BREATHERITE VALVED MDI SPACER.....	677, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX.....	559, 719	<i>blood glucose ctl high,nml,low</i> .....	625, 720	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW.....	625, 721
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA.....	559, 719	BLOOD GLUCOSE MONITORING.....	625, 720	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML.....	625, 721
BIJUVA.....	444	BLOOD GLUCOSE TEST.....	664, 720	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH.....	625, 721
BIKTARVY.....	28	<i>blood-glucose meter</i> ....	625, 720	BREEZE 2 TEST STRIPS.....	664, 721
BILAC.....	65	BLULINK BG SYSTEM REFILL.....	625, 720	BRENZAVVY.....	439
<i>bilberry frt ext-grape skin xt.</i>	830	BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE.....	625, 720	BREO ELLIPTA.....	104
<i>bimatoprost</i> .....	873	BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	625, 720	BREXAFEMME.....	13
BIMZELX.....	477	BLULINK GLUCOSE TEST STRIP.....	664, 720	Breyna.....	104
BIMZELX AUTOINJECTOR	477	<i>blunt needle, disposable</i> .....	576, 720	BREZTRI AEROSPHERE.....	91
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST.....	565, 719	BONEUP.....	269	Briellyn.....	179
BINAXNOW COVID-19 AG CARD.....	565, 719	BONEUP (CALCIUM ASCORBATE).....	269	BRILINTA.....	244
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST.....	565, 719	BONJESTA.....	62	<i>brimonidine</i> .....	529, 875
BINOSTO.....	448	BOOST GLUCOSE CONTROL.....	298	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i> .....	858
BIO C 1:1.....	284	BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT.....	304	<i>brimonidine-timolol</i> .....	870
BIOLON.....	864	BOOSTRIX TDAP.....	327	<i>brinzolamide</i> .....	873
BIOLYTE.....	288	<i>borage seed oil</i> .....	833	BRIVIACT.....	406
BIOMEPRO.....	65	<i>bosentan</i> .....	223	<i>bromelains</i> .....	347
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM.....	625, 719	BOSULIF.....	158	Bromfed Dm.....	88
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS.....	664, 719	BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL.....	833	<i>bromfenac</i> .....	861, 862
BIOSTEP.....	482, 720	BOYS TRAINING PANTS 4T-5T.....	564, 720	<i>bromocriptine</i> .....	416
BIOSTEP AG.....	482	BP 10-1.....	549	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i> .....	88
				BRONCHITOL.....	82
				BRUKINSA.....	149, 159
				BRYHALI.....	491, 510
				<i>budesonide</i> .....	63, 64, 89

<i>budesonide-formoterol</i> .....	104	<i>calcium acetate(phosphat</i>	<i>bind)</i> .....	843, 850	<i>captopril</i> .....	230
BUFFERED C POWDER....	281	<i>calcium carb-mag ox-zinc</i>			<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	
BULLFROG MOSQUITO		<i>sulf</i> .....		269		227
COAST.....	527	<i>calcium carbonate</i> .....		268	CARBAGLU.....	854
BULLSEYE MINI SAFETY		<i>calcium carbonate-vitamin</i>			<i>carbamazepine</i> .....	355, 369
LANCETS.....	625, 721	<i>d3</i> .....		290	<i>carbidopa</i> .....	416
<i>bumetanide</i> .....	200	<i>calcium citrate</i> .....		268	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	414
<i>buprenorphine</i> .....	137	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>			<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>buprenorphine hcl</i> .....	137, 345	.....		290, 291	<i>entacapone</i> .....	382
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	345	<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>			<i>carbinoxamine maleate</i>	
<i>bupropion hcl</i> .....	378	.....		269	.....	84, 85, 91
<i>bupropion hcl (smoking</i>		<i>calcium pantothenate</i> .....		280	CARDURA XL.....	230
<i>deter)</i> .....	345	<i>calcium phos-d3-</i>			CAREFINE PEN NEEDLE	
<i>buspirone</i> .....	396	<i>magnesium-zinc</i> .....		269	.....	599, 721
<i>butalbital-acetaminop-caf-</i>		<i>calcium phosphate-vitamin</i>		291	CAREONE LANCING	
<i>cod</i> .....	138	<i>d3</i> .....		291	DEVICE.....	626, 721
<i>butalbital-acetaminophen</i> ....	136	<i>calcium-d3-zinc-copper-</i>			CAREONE ULTRA THIN	
<i>butalbital-acetaminophen-</i>		<i>mangan</i> .....		269	LANCET.....	626, 722
<i>caff</i> .....	136	<i>calcium-magnesium-vit d3-</i>		269	CAREPOINT LUER LOCK	
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ....	133	<i>boron</i> .....		269	SYRINGE.....	576, 722
<i>butorphanol</i> .....	137	<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i>		269	CAREPOINT LUER LOCK	
BUTTERFLY TOUCH		CALQUENCE			SYR-NEEDLE.....	576, 722
LANCET.....	625, 721	(ACALABRUTINIB MAL)			CAREPOINT LUER SLIP	
<i>butylated hydroxytoluene</i> ....	687	.....		149, 159	SYRINGE.....	576, 722
BYDUREON BCISE.....	442	CALTRATE 600 PLUS D.....		291	CAREPOINT LUER SLIP	
BYETTA.....	442	CALTRATE-D3 PLUS			SYRING-NDL.....	576, 722
BYLVAY.....	106	MINERALS.....		269, 270	CAREPOINT PRECISION	
<i>cabergoline</i> .....	458	Camila.....		176	NEEDLE.....	576, 722
CABLIVI.....	235	CAMRESE.....		190	CAREPOINT SAFETY LL	
CABOMETYX.....	170	CAMRESE LO.....		190	SYR-NEEDLE.....	576, 722
<i>cabotegravir</i> .....	20	CAMZYOS.....		216	CARESENS CONTROL A	
CABTREO.....	551	<i>candesartan</i> .....		202	AND B.....	626, 722
CADEAU DHA.....	258	<i>candesartan-</i>			CARESENS LANCETS	
CADIRA COMPLIANT		<i>hydrochlorothiazid</i> .....		216	.....	626, 722
BLOOD STAT.....	661	CANDICIDAL.....		833	CARESENS N.....	626, 722
<i>caffeine</i> .....	407	<i>cantharidin in acetone</i> .....		486	CARESENS N FELIZ BT	
<i>caffeine citrate</i> .....	407	CANTHARIS			GLUC METER.....	626, 722
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc</i>		COMPOSITUM.....		342	CARESENS N FELIZ	
<i>gluc</i> .....	269	<i>capecitabine</i> .....		152	GLUCOSE METER....	626, 722
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-</i>		CAPEX.....		510	CARESENS N TEST	
<i>mangan</i> .....	269	CAPHOSOL.....		339	STRIPS.....	664, 722
<i>calcipotriene</i> .....	491	CAPLYTA.....		386	CARESENS N VOICE.	626, 722
<i>calcipotriene-betamethasone</i>		CAPRELSA.....		159	CARESOFT LANCING	
.....	537	CAPSFENAC PAK.....		543	DEVICE.....	626, 723
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	449	CAPSINAC.....		543	CARESTART COVID-19 AG	
<i>calcitriol</i> .....	256, 492, 854	CAPSUBLEND-H.....		687	HOME TST.....	565, 723
<i>calcium 26-vit d3-</i>		CAPSULE #1.....		689	CARETOUCH CONTROL	
<i>magnesium 15</i> .....	269	CAPSULE #3			SOLN L2-L3.....	626, 723
<i>calcium acetate</i> .....	268	(HYPROMELLOSE).....		687	CARETOUCH GLUCOSE	
					MONITORING.....	626, 723



CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	599, 600, 723	CELLPAD.....	684, 725	CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER.....	535
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT.....	659, 723	CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME.....	565, 725	CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER.....	535
CARETOUCH LANCING DEVICE.....	626, 723	<i>cellulose (bulk)</i> .....	687	<i>cetirizine</i> .....	85, 100
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE.....	577, 723	CEM-UREA.....	486	<i>cetorelix</i> .....	463
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE.....	577, 724	CENTANY AT.....	497	<i>cevimeline</i> .....	338
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE.....	577, 724	CENTRUM.....	293, 304	Charlotte 24 Fe.....	179
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	600, 724	CENTRUM ADULT 50 PLUS.....	304	Chateal (28).....	179
CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	626, 724	CENTRUM ADULTS.....	304	Chateal Eq (28).....	179
CARETOUCH TEST STRIP.....	664, 724	CENTRUM CHEWABLES... ..	304	CHEMET.....	193
CARETOUCH TWIST LANCET.....	626, 724	CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS.....	304	CHEMSTRIP BG LOG BOOK.....	626, 725
<i>carglumic acid</i> .....	855	CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS.....	304	CHENODAL.....	37
<i>carisoprodol</i> .....	699	CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS.....	304	CHEST RUB (WITH PINE OIL).....	539
<i>carisoprodol-aspirin</i> .....	697	CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS.....	304	CHILDREN'S ASPIRIN 124, 245	
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i> .....	697, 698	CENTRUM SILVER.....	304	CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC.....	65
CARNITEX.....	282	CENTRUM WOMEN.....	293	CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR.....	50
CARNITOR (SUGAR-FREE).....	856	CENTURY.....	293	CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN).....	319
CAROTENALL.....	831	CENTURY MATURE.....	305	CHILDREN'S MULTIVITAMIN.....	272, 319
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS.....	482, 724	<i>cephalexin</i> .....	21	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY....	319
<i>carteolol</i> .....	863	CEQUA.....	868	CHILDREN'S PROBIOTIC....	65
Cartia Xt.....	213	CEQUR SIMPLICITY... ..	656, 725	CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN).....	413
<i>carvedilol</i> .....	215	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	626, 725	CHLOHUX.....	504
<i>carvedilol phosphate</i> .....	215	CERACADE.....	522	CHLOOXIA.....	504
CAYA CONTOURED... ..	563, 724	CERAMAX.....	522	<i>chlordiazepoxide hcl</i> ....	387, 408
CAYSTON.....	96	<i>ceramides 1,3,6-ii</i> .....	534	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> .....	40, 41, 388
Caziant (28).....	186	CERASPORT ENDURANCE.....	288	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	340
<i>cefaclor</i> .....	22	CERASPORT EX1.....	289	<i>chloroquine phosphate</i> .....	14
<i>cefadroxil</i> .....	21	CERASPORT PLUS.....	289	<i>chlorpromazine</i> .....	386
CEFALY.....	559, 724	CERAVE.....	534	<i>chlorthalidone</i> .....	219
<i>cefdinir</i> .....	22	CERAVE AM.....	527	<i>chlorzoxazone</i> .....	699
<i>cefixime</i> .....	22	CERAVE DAILY MOISTURIZING.....	534	CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL.....	626, 725
<i>cefpodoxime</i> .....	22	CERAVE FOAMING FACIAL.....	534	CHOICEDM CLARUS.....	626, 664, 725
<i>cefprozil</i> .....	22	CERAVE PM.....	534	CHOLBAM.....	41
<i>cefuroxime axetil</i> .....	22	CERAVE SA.....	534	CHOLECAL DF.....	284
CELACYN.....	522, 684	CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE).....	534	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i> ..	256
CELEBRATE B-12 QUICK-MELT.....	316	CERDELGA.....	855	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	201
<i>celecoxib</i> .....	123	CERTAVITE SENIOR.....	305	Cholestyramine Light.....	201
		CERTAVITE-ANTIOXIDANT.....	293	<i>cholestyramine-aspartame</i> ..	201
		CERVIDIL.....	449		
		CETACAINE.....	546		
		CETACAINE ANESTHETIC.....	546		

<i>choline,magnesium salicylate</i> .....	133	<i>citric acid anhydrous (bulk)</i> .....	688, 690	CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT.....	677, 726
<i>chorionic gonadotropin, human</i> .....	455	<i>citric-sod citrat-sod phos-dex</i> .....	250	CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD.....	677, 726
CHOSEN LANCET.....	627, 725	CITRUS BERGAMOT.....	834	CLEVER CHOICE NEBULIZER.....	678, 726
CHOSEN LANCING DEVICE.....	627, 725	CLAIRVEE.....	65	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER.....	662, 726
CHOSEN SAFETY LANCET.....	627, 725	Claravis.....	557	CLEVER CHOICE PRO.....	627, 664, 726
<i>chromium picolinate</i> .....	292	CLARINEX-D 12 HOUR.....	84	CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS.....	627, 726
CIBINQO.....	484	<i>clarithromycin</i> .....	12	CLEVER CHOICE TALK TEST.....	664, 726
CICASIL.....	685, 725	CLEANSING EYELID MOIST PADS.....	533	CLEVER CHOICE TEST STRIPS.....	664, 727
CICATRACE PAD.....	685, 725	CLEANSING EYELID WIPES EXT STR.....	533	CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST.....	664, 727
CICLODAN KIT.....	545	CLEANSING WASH....	529, 549	CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED..	678, 727
<i>ciclopirox</i> .....	545	CLEAR FIBER.....	50	CLICKFINE PEN NEEDLE.....	600, 727
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc</i> .....	545	CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH.....	287	CLIMARA PRO.....	444
<i>cilostazol</i> .....	244	<i>clemastine</i> .....	85, 92	CLINDACIN ETZ.....	548
CILOXAN.....	857	CLENIA PLUS.....	549	CLINDACIN PAC.....	548
CIMDUO.....	18	CLENPIQ.....	54, 55	<i>clindamycin hcl</i> .....	28
<i>cimetidine</i> .....	44	CLEOCIN.....	693	<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	28
<i>cimetidine hcl</i> .....	44	CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE.....	627, 725	Clindamycin Pediatric.....	28
CIMZIA.....	58, 108, 142	CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST.....	627, 725	<i>clindamycin phosphate</i> .....	541, 693
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....	58, 108, 142	CLEVER CHEK LANCETS.....	627, 725	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> .....	549
CIMZIA STARTER KIT.....	58, 108, 142	CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS.....	627, 725	<i>clindamycin-tretinoin</i> .....	552
<i>cinacalcet</i> .....	446	CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK.....	677, 725	CLINDESSE.....	694
<i>cinnamon bark extract</i> .....	833	CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK.....	677, 726	CLINITEST COVID-19 HOME TEST.....	565, 727
CINRYZE.....	235	CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK.....	677, 726	CLINPRO 5000.....	340
CIPRO.....	6	CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR.....	627, 726	<i>clobazam</i> .....	388, 390
CIPRO HC.....	691	CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL.....	627, 726	<i>clobetasol</i> .....	510
<i>ciprofloxacin</i> .....	6	CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL.....	627, 726	<i>clobetasol-emollient</i> .....	510, 511
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	6, 691, 857	CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL.....	627, 726	<i>clocortolone pivalate</i> .....	511
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	691	CLEVER CHOICE MICRO.....	627, 726	CLODAN KIT.....	477
<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i> ....	691	CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP.....	664, 726	CLOFENAX.....	489
<i>citalopram</i> .....	409			Clomid.....	459
CITRANATAL (DUAL-IRON).....	258			<i>clomiphene citrate</i> .....	459
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL).....	258			<i>clomipramine</i> .....	393
CITRANATAL ASSURE.....	258			<i>clonazepam</i> .....	388, 390, 408, 409
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL).....	258			<i>clonidine</i> .....	199
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM).....	259			<i>clonidine hcl</i> .....	199, 395
CITRANATAL MEDLEY.....	305			<i>clopidogrel</i> .....	244
CITRATABS.....	844				

<i>clorazepate dipotassium</i>	COMPACT SPACE	CONTOUR NEXT TEST
.....388, 409	CHAMBER-LRG MASK	STRIPS.....664, 730
<i>clotrimazole</i> ..... 338, 537	.....678, 728	CONTOUR PLUS BLUE
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 500	COMPACT SPACE	METER.....628, 730
<i>clozapine</i> ..... 383	CHAMBER-MED MASK	CONTOUR PLUS TEST
C-NATE DHA.....259	.....678, 729	STRIP.....664, 730
COAGADEX.....252	COMPACT SPACE	CONTOUR TEST STRIPS
COAGUCHEK LANCETS	CHAMBER-SM MASK .678, 729	.....664, 730
.....627, 727	COMP-AIR NEBULIZER	COPAXONE.....469
COAGUCHEK XS.....675, 727	COMPRESSOR.....678, 729	COPIKTRA.....157, 166
<i>coal tar</i> .....526	COMPLERA.....28	COQMAX OMEGA.....220
COARTEM.....26	COMPLETE BALANCE	CORDRAN.....511
<i>cocaine</i> .....82	MENOPAUSE RLF.....411	CORDRAN TAPE LARGE
<i>codeine sulfate</i> .....111	COMPLETE LIVER	ROLL.....511
<i>codeine-butalbital-asa-caff.</i> 138	CLEANSE.....255	CORDX COVID-19 AG
<i>codeine-guaifenesin</i> .....93	COMPLETE MV ADULT 50	HOME TEST.....565, 730
CODITUSSIN AC.....93	PLUS.....305	CORIFACT.....252
CODITUSSIN DAC.....93	COMPLETE NATAL DHA...259	CORLANOR.....225
<i>colchicine</i> .....838	COMPLETENATE.....259	CORTANE-B.....690
<i>colesevelam</i> .....201	Compro.....38	CORTIFOAM.....64
<i>colestipol</i> .....201	CONCEPTION.....672, 729	CORTISOLV.....834
COLLATYL.....482	CONJUPRI.....214	<i>cortisone</i> .....452
COLOR LANCETS.....627, 727	CONSENSI.....213	CORTISPORIN-TC.....691
COMBIPATCH.....444	Constulose.....81	CORTROPHIN GEL.....433
COMBIVENT RESPIMAT....103	CONTOUR CONTROL	COSAMIN AVOCA (WITH
COMETRIQ.....170	SOLUTION, HIGH.....628, 729	BOSWELLIA).....826
COMFORT EZ INSULIN	CONTOUR CONTROL	COSENTYX.....477
SYRINGE.....600, 727	SOLUTION, LOW.....628, 729	COSENTYX (2 SYRINGES)477
COMFORT EZ LANCETS	CONTOUR CONTROL	COSENTYX PEN.....477
.....627, 727	SOLUTION, NML.....628, 729	COSENTYX PEN (2 PENS) 477
COMFORT EZ PEN	CONTOUR METER....628, 729	COSENTYX UNOREADY
NEEDLES.....600, 728	CONTOUR NEXT EZ	PEN.....478
COMFORT EZ PRO	METER.....628, 729	COTELLIC.....162
SAFETY PEN NDL.....601, 728	CONTOUR NEXT GEN	COTEMPLA XR-ODT.....398
COMFORT TOUCH PEN	METER.....628, 729	COVARYX.....445
NEEDLE.....601, 728	CONTOUR NEXT	COVARYX H.S.....445
COMFORT TOUCH PLUS	GLUCOSE METER.....628, 729	COVID-19 AT-HOME TEST
SAFETY LANC.....627, 728	CONTOUR NEXT LEV 1	.....566, 730
COMFORT TOUCH ULT	CONTROL SOL.....628, 729	<i>covid19 test adm.by</i>
THIN LANCETS.....628, 728	CONTOUR NEXT LEV 2	<i>pharmacist</i> .....566, 730
COMFORTSEAL LARGE	CONTROL SOL.....628, 729	COXANTO.....126
MASK.....678, 728	CONTOUR NEXT LINK	CRALONIN.....342
COMFORTSEAL MEDIUM	.....628, 730	<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>
MASK.....678, 728	CONTOUR NEXT LINK 2.4	.....834
COMFORTSEAL SMALL	.....628, 730	<i>cranberry extract</i> .....834
MASK.....678, 728	CONTOUR NEXT METER	<i>cranberry fruit</i> .....834
COMIRNATY 2023-24 (12Y	.....628, 730	<i>cranberry fruit concentrate</i> ...834
UP)(PF).....332	CONTOUR NEXT ONE	CRANBERRY URINARY
COMPACT SPACE	METER.....628, 730	TRACT HEALTH.....834
CHAMBER.....678, 728		CRANRX.....834



CREON.....	63	CULTURELLE PROBIOTIC-		<i>cycloserine</i> .....	23
CRESEMBA.....	13	MULTIVIT.....	305	CYCLOSET.....	439
CRINONE.....	465, 694	CULTURELLE PROBIOTIC-		<i>cyclosporine</i> .....	130, 347
<i>cromolyn</i> .....	99, 154, 872	PREBIOTIC.....	67	CYCLOSPORINE IN	
Crotan.....	473	CULTURELLE TOTAL		KLARITY.....	868
CRYODOSE TA MEDIUM		BALANCE.....	67	<i>cyclosporine modified</i> ..	130, 347
STREAM SPR.....	503	CULTURELLE WOMEN'S		CYCLOTENS REFILL.....	699
CRYODOSE TA MIST		WELLNESS.....	68	CYCLOTENS STARTER.....	699
SPRAY.....	503	CUPRIMINE.....	135, 192	CYLTEZO(CF).....	59, 108, 142
CRYOSERV.....	690	CURAD XEROFORM		CYLTEZO(CF) PEN	
Cryselle (28).....	179	PETROLATM DRESS..	658, 730	.....	58, 108, 142
CUE COVID-19 HOME		CURAFIL GEL WOUND		CYLTEZO(CF) PEN	
TEST.....	566, 730	.....	482, 730	CROHN'S-UC-HS..	58, 108, 142
CULTURELLE.....	67	<i>curcumin-</i>		CYLTEZO(CF) PEN	
CULTURELLE ABDOMINAL		<i>phosphatidylcholine</i> .....	834	PSORIASIS-UV.....	58, 108, 142
SUPP-CMFT.....	66	CURCUPLEX-95.....	834	<i>cyproheptadine</i> .....	85, 92
CULTURELLE ADVANCED		CURITY AMD.....	686, 731	Cyred.....	179
REGULARITY.....	66	CURITY AMD (WITH		Cyred Eq.....	179
CULTURELLE BABY		POLYHEXAMETH)		CYSTADROPS.....	875
DIGESTIVE CALM.....	66	.....	482, 730, 731	CYSTAGON.....	843
CULTURELLE BABY		CURITY DRAINAGE BAG		CYSTARAN.....	875
HEALTH DEVELOP.....	66	.....	561, 731	D3-2000.....	257
CULTURELLE BABY		CURITY IODOFORM		<i>dabigatran etexilate</i> .....	243
PROBIOTIC-DHA.....	66	PACKING STRIP.....	658, 731	DAILY FIBER.....	51
CULTURELLE DIGESTIVE		CUROSURF.....	100	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
HEALTH.....	66	CUTAQUIG.....	327	ASPART).....	50
CULTURELLE GUMMY.....	66	CUTTER ALL FAMILY..	527, 528	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
CULTURELLE IMMUNE		CUTTER BACKWOODS		SUCROSE).....	51
DEFENSE.....	66	DRY.....	528	DAILY GUMMIES.....	305
CULTURELLE KIDS 4 IN 1		CUTTER SKINSATIONS....	528	DAILY PROBIOTIC (4	
IMMUNE.....	66	CUVITRU.....	327	STRAINS).....	68
CULTURELLE KIDS		CUVRIOR.....	192	DAILY PROBIOTIC (S.	
GROW-THRIVE.....	66	<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>		BOULARDII).....	68
CULTURELLE KIDS		<i>12)</i> .....	274, 275	DAILY-VITE (WITH FOLIC	
GUMMY.....	67	<i>cyanocobalamin-</i>		ACID).....	293
CULTURELLE KIDS		<i>cobamamide</i> .....	275	DAIRY RELIEF.....	44
IMMUNE DEFENSE.....	67	<i>cyanocobalamin-</i>		<i>dalfampridine</i> .....	467
CULTURELLE KIDS		<i>methylcobalamin</i> .....	275, 318	<i>danazol</i> .....	465
PROBIO-FIBER.....	67	CYCLINEX-2.....	288	<i>dandelion root</i> .....	834
CULTURELLE KIDS		<i>cyclobenzaprine</i> .....	699	DANDLELION KISSES.....	279
PROBIOTIC-MV.....	319	CYCLOMYDRIL.....	860	<i>dantrolene</i> .....	698
CULTURELLE KIDS		CYCLOPAK.....	698	<i>dapsone</i> .....	14, 541, 542
PROBIOTICS.....	67	<i>cyclopentolate</i> .....	865	<i>darifenacin</i> .....	846
CULTURELLE KIDS PRO-		<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>		DARIO BLOOD GLUCOSE	
MV-LUTEIN.....	319	<i>watr</i> .....	860	MONITOR.....	629, 731
CULTURELLE		<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>		DARIO BLOOD GLUCOSE	
METABOLISM-WT MGMT....	67	<i>wat</i> .....	860	TEST STRIP.....	664, 731
CULTURELLE PRENATAL		<i>cyclophosphamide</i> .....	130, 150	DARTISLA.....	39
PROBIOTIC.....	67	<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>		<i>darunavir</i> .....	27
		<i>wat</i> .....	860	Dasetta 1/35 (28).....	179

Dasetta 7/7/7 (28).....	186	DERMACINRX FOLTREXYL	DERPIXA.....	526
DAURISMO.....	167	.....	DESCOVY.....	18
DAVIMET WITH FLUORIDE		DERMACINRX LACTEROL..	<i>desflurane</i> .....	145
.....	273	DERMACINRX LEXITRAL..	<i>desipramine</i> .....	393
DAVIMET-M.....	293	Dermacinrx Lidocan.....	<i>desloratadine</i> .....	86, 100, 101
DAVOL IRRIGATION		DERMACINRX LIDOGEL...	<i>desmopressin</i> .....	443
SYRINGE.....	577, 731	DERMACINRX LIDOREX...	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	190
DAVOL PISTON		DERMACINRX MULTITAM.	<i>desonide</i> .....	511, 512
IRRIGATION.....	577, 731	DERMACINRX PHN PAK...	<i>desoximetasone</i> .....	512
DAYAVITE.....	305	DERMACINRX PRENATRIX	<i>desvenlafaxine</i> .....	391
DAYBUE.....	839	.....	<i>desvenlafaxine succinate</i> ...	391
Daysee.....	190	DERMACINRX	DEVILBISS DISPOSABLE	
DAYVIGO.....	387	PRENATRYL.....	NEBULIZER.....	568, 731
DAZAVEIDAOXIA.....	529	DERMACINRX PRETRATE	DEVILBISS PULMO-AIDE	
DAZOMON.....	529	DERMACINRX PROBINATE.	COMPRESSR.....	678, 731
DEBACTEROL.....	338	DERMACINRX PROBISOL...	DEVILBISS PULMOMATE	
Deblitane.....	176	DERMACINRX PROBITRAN	COMPRESSOR.....	678, 731
DECARA K.....	317	DERMACINRX PROBITROL.	DEVILBISS PULMONEB LT	
<i>deferasirox</i> .....	193	DERMACINRX PROMEROL.	COMP-NEB.....	678, 731
<i>deferiprone</i> .....	193	DERMACINRX	DEVILBISS TRAVELER	
<i>deferoxamine</i> .....	193	PUREFOLTIN.....	COMPRESSOR.....	678, 731
<i>deflazacort</i> .....	452	DERMACINRX RIBOTIN-E.	Dexabliss.....	452
DELSTRIGO.....	28	DERMACINRX SURGICAL	<i>dexamethasone</i> .....	452
DELUO.....	479, 692	PHARMAPAK.....	DEXAMETHASONE	
<i>demeclocycline</i> .....	7	DERMACINRX	INTENSOL.....	452
DEMEROL (PF).....	111	THERAZOLE PAK.....	<i>dexamethasone sodium</i>	
DENOVO PLUS B12.....	316	DERMACINRX VENEXA....	<i>phosphate</i> .....	866
DENTA 5000 PLUS.....	340	DERMACINRX VENEXA FE	<i>dexchlorpheniramine</i>	
DENTA 5000 PLUS		.....	<i>maleate</i> .....	82, 85
SENSITIVE.....	340	DERMACINRX VENTRIXYL	DEXCOM G6 RECEIVER	
DENTAGEL.....	340	DERMACINRX VENTRIXYL	.....	629, 732
DEOXIA.....	542, 548	FE.....	DEXCOM G6 SENSOR	
DEOXIADEMTAR.....	552	DERMACINRX VITRAMYN.	.....	629, 732
DEOXIATAR.....	552	DERMACINRX VITRANOL.	DEXCOM G6	
DEOXIAVAR.....	552	DERMACINRX VITRANOL	TRANSMITTER.....	629, 732
DEPO-ESTRADIOL.....	450	FE.....	DEXCOM G7 RECEIVER	
DEPO-SUBQ PROVERA		DERMACINRX VITREXATE	.....	629, 732
104.....	191	DERMACINRX VITREXATE	DEXCOM G7 SENSOR	
DERMACINRX		FE.....	.....	629, 732
CLORHEXACIN.....	478	DERMACINRX ZINTREXYL-	DEXERYL.....	523
DERMACINRX DAVIMET...	293	C.....	<i>dexlansoprazole</i> .....	45
DERMACINRX DEXATRAN	305	DERMACINRX ZRM PAK...	<i>dexmethylphenidate</i> .....	398
DERMACINRX DOTREMINE	284	DERMALID.....	DEXONTO.....	453
DERMACINRX FOLDITAM.	285	DERMASO PLUS.....	DEXTENZA.....	866
DERMACINRX FOLIFLEX..	305	DERMAWERX SURGICAL	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	
DERMACINRX FOLITIN-Z..	305	PLUS PAK.....	.....	357, 358, 379, 380, 398, 399
DERMACINRX		DERMAZENE.....		
FOLIXAPURE.....	285	DERMELLE.....		
DERMACINRX FOLIXATE..	285	DERM-SILK.....		
DERMACINRX FOLTAMIN.	285	DERMULCERA.....		

<i>dextroamphetamine- amphetamine</i>	DICLOSAICIN.....	543	<i>disopyramide phosphate</i> .....	219
.....358, 399, 400, 405	DICLOTRAL.....	543	<i>disulfiram</i> .....	346
DHEA.....	DICLOTREX.....	544	DITHOL.....	544
DIABETIC MULTIVITAMIN..	DICLOTREX II.....	543	DIURIL.....	219
DIACOMIT.....	DICLOVIX.....	499	<i>divalproex</i> .....	355, 379, 425
DIADIMAXIA.....	<i>dicloxacillin</i> .....	29	DM2.....	437
DIAOXIA.....	<i>dicyclomine</i> .....	39	DMT SUIK.....	453
DIAPERS, UNISEX SIZE 1	<i>didanosine</i> .....	19	Dodex.....	275
.....	DIFFERIN.....	556	<i>dofetilide</i> .....	201
.....564, 732	DIFICID.....	12	DOJOLVI.....	298
DIAPERS, UNISEX SIZE 2	<i>diflorasone</i> .....	513	Dolishale.....	179
.....	<i>diflunisal</i> .....	124	DOLOTRANZ.....	546
.....564, 732	<i>difluprednate</i> .....	866	<i>donepezil</i> .....	840
DIAPERS, UNISEX SIZE 3	DIFMETIOXRIME.....	499	DONNATAL.....	41, 42
.....	DIGEST ADV PROBIO		DOPTELET (10 TAB PACK)	236
.....564, 732	PLUS GAS.....	68	DOPTELET (15 TAB PACK)	236
DIAPERS, UNISEX SIZE 4	DIGEST PROBIOTIC		DOPTELET (30 TAB PACK)	236
.....	(S.BOULARDII).....	68	DORYX.....	7
.....564, 732	DIGESTIVE ADVANTAGE		DORYX MPC.....	7
DIAPERS, UNISEX SIZE 5	IMMUNE.....	68	<i>dorzolamide</i> .....	873
.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>dorzolamide (pf)</i> .....	873
.....564, 732	INTENS BOW.....	69	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	871
DIASAXIATAR.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>dorzolamide-timolol (pf)</i> .....	871
DIASDIMAXIA.....	KID PROBIO.....	69	DOSOKAP.....	317
DIASOXIA.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		Dotti.....	450
DIATROL.....	LACTOS SUP.....	69	DOVATO.....	17
DIATRUE CONTROL SOLN	DIGESTIVE ADVANTAGE		DOVER BULB SYRINGE	
NORMAL.....	DIGESTIVE ADVANTAGE		.....	577, 733
.....629, 733	PROBIOTIC.....	69	DOVER COATED LATEX	
DIATRUE CONTROL	DIGESTIVE PROBIOTIC.....	69	FOLEY.....	592, 733
SOLUTION HIGH.....	DIGESTIVE SUPPORT.....	834	DOVER FOLEY CATHETER	
.....629, 733	Digitek.....	196	.....	592, 733
DIATRUE CONTROL	<i>digoxin</i> .....	196	DOVER LATEX FOLEY	
SOLUTION LOW.....	<i>dihydroergotamine</i> .....	424	CATHETER.....	592, 733
.....629, 733	DILANTIN.....	372	DOVER RED RUBBER	
DIATRUE PLUS BLOOD	DILAUDID (PF).....	112	ROBINSON CATH.....	592, 733
GLUCOSE MET.....	<i>diltiazem hcl</i> .....	213, 214	DOVER UNIVERSAL..	593, 733
.....629, 733	DILT-XR.....	214	<i>doxazosin</i> .....	230
DIATRUE PLUS TEST	DILUENT FOR ROTARIX....	286	<i>doxepin</i> .....	394, 417, 475
STRIP.....	DILUTING MEDIUM FOR		<i>doxercalciferol</i> .....	854
.....665, 733	NOVOLOG.....	286	<i>doxycycline hyclate</i> ..	7, 8, 9, 342
<i>diazepam</i> .....	DIMENTHO.....	544	<i>doxycycline monohydrate</i>	
.....388, 390, 409	<i>dimethyl fumarate</i> .....	469	.....	9, 10, 535
Diazepam Intensol.....	DIMOXIA.....	479	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>	
.....388, 409	DIOCHLOY.....	504	<i>b6)</i> .....	62
<i>diazoxide</i> .....	DIOOXIA.....	492	D-PENAMINE.....	135, 192
.....432	DIOVASC.....	284	DRAMAMINE GINGER.....	834
<i>dichlorphenamide</i> .....	DIPENTUM.....	34	DRAMAMINE NON-	
.....200, 697	Diphen.....	85, 92	DROWSY.....	834
DICLAREAL.....	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	43	DRAXACE.....	549
.....543	<i>dipyridamole</i> .....	245		
<i>diclofenac epolamine</i> .....				
.....489				
<i>diclofenac potassium</i>				
.....				
.....125, 129, 382				
<i>diclofenac sodium</i>				
.....				
.....125, 489, 498, 862				
<i>diclofenac submicronized</i> ....				
.....125				
<i>diclofenac-misoprostol</i> .....				
.....122				
DICLOFEX DC.....				
.....543				
DICLOFONO.....				
.....489				
DICLOHEAL-60.....				
.....543				
DICLOPR.....				
.....543				

DRAXACEY.....	549	DUREX AVANTI BARE		EASY GLIDE PEN NEEDLE	
DRITHOCREME HP.....	492	REAL FEEL.....	561, 735	.....	603, 737
DRIXECE.....	549	DUREX EXTRA SENSITIVE		EASY MINI EJECT	
DRIZALMA SPRINKLE	349, 391	CONDOM.....	561, 735	LANCING DEVICE.....	630, 737
<i>dronabinol</i> .....	39, 360, 852	DUREX TROPICAL		EASY NEB COMPRESSOR	
DROPLET GENTEEL		CONDOM.....	561, 735	NEBULIZER.....	679, 737
LANCING DEVICE.....	629, 733	DURLAZA.....	124, 245	EASY PLUS II BLOOD	
DROPLET INSULIN		DUROLANE.....	700	GLUCOSE MET.....	630, 737
SYR(HALF UNIT).....	601, 733	<i>dutasteride</i> .....	843	EASY PLUS II HIGH	
DROPLET INSULIN		<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....	842	CONTROL.....	630, 737
SYRINGE.....	601, 734	DUZALLO.....	839	EASY PLUS II LOW	
DROPLET LANCETS..	629, 734	D-VI-SOL.....	257	CONTROL.....	630, 737
DROPLET LANCING		DYANAVEL XR.....	400, 406	EASY PLUS II TEST...	665, 737
DEVICE.....	629, 734	DYNAFOAM AG.....	482	EASY STEP.....	665, 738
DROPLET MICRON PEN		DYNAGINATE AG.....	482	EASY STEP BLOOD	
NEEDLE.....	601, 734	E.E.S. 400.....	12	GLUCOSE METER.....	630, 737
DROPLET PEN NEEDLE		EAA UCD.....	288	EASY STEP HIGH	
.....	601, 734	EAR POPPER INFLATION		CONTROL SOLN.....	630, 737
DROPSAFE INSULIN		DEVICE.....	661, 735	EASY STEP LOW	
SYRINGE.....	602, 734	EASIVENT HOLDING		CONTROL SOLUTION	630, 737
DROPSAFE PEN NEEDLE		CHAMBER.....	679, 735	EASY STEP NORMAL	
.....	602, 735	EASIVENT MASK LARGE		CONTROL SOLN.....	630, 738
DROPSAFE SICURA		.....	679, 735	EASY TALK BLOOD	
SAFETY NEEDLE.....	577, 735	EASIVENT MASK MEDIUM		GLUCOSE METER.....	630, 738
<i>drospirenone-e.estradiol-</i>		.....	679, 735	EASY TALK GLUCOSE	
<i>lm.fa</i> .....	179	EASIVENT MASK SMALL		TEST.....	665, 738
<i>drospirenone-ethinyl</i>		.....	679, 735	EASY TALK HIGH	
<i>estradiol</i> .....	179	EASY COMFORT INSULIN		CONTROL.....	630, 738
DROXIA.....	253	SYRINGE.....	602, 735, 736	EASY TALK LOW	
<i>droxidopa</i> .....	231	EASY COMFORT		CONTROL.....	630, 738
DRY SKIN THERAPY(WITH		LANCETS.....	630, 736	EASY TALK PLUS II HIGH	
LANOLIN).....	523	EASY COMFORT PEN		CONTROL.....	630, 738
DRY SKIN THERAPY(W-		NEEDLES.....	602, 736	EASY TALK PLUS II LOW	
PETROLATUM).....	523	EASY COMFORT SAFETY		CONTROL.....	630, 738
DRYSOL.....	499	PEN NEEDLE.....	603, 736	EASY TALK PLUS II TEST	
DRYSOL DAB-O-MATIC.....	499	EASY FIBER.....	51	STRIP.....	665, 738
DSUVIA.....	112	EASY FIBER (WHEAT		EASY TOUCH	
DUAKLIR PRESSAIR.....	103	DEXTRIN).....	51	.....	580, 604, 741, 742
DUAVEE.....	464	EASY GLIDE CATHETER		EASY TOUCH BLU CTRL	
DUET DHA WITH OMEGA-3		TIP SYRING.....	577, 736	SOLN-L1,L3.....	631, 738
.....	259	EASY GLIDE DENTAL		EASY TOUCH BLULINK	
DULERA.....	104, 105	IRRIG SYRING.....	578, 736	GLUC SYST.....	631, 738
<i>duloxetine</i> .....	349, 350, 391	EASY GLIDE INSULIN		EASY TOUCH BLULINK	
DULOXICAINE.....	350, 391	SYRINGE.....	603, 736	TEST STRIP.....	665, 738
DUOBRII.....	475	EASY GLIDE LUER LOCK		EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUODOTE.....	195	SYRINGE.....	578, 736, 737	INSULIN.....	603, 738
DUOPA.....	414	EASY GLIDE LUER SLIP		EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUPIXENT PEN.....	101, 473	TB SYRING.....	578, 737	NEEDLE.....	578, 739
DUPIXENT SYRINGE.	101, 473			EASY TOUCH FLIPLOCK	
DUREX AIR CONDOM	561, 735			SYRINGE.....	578, 579, 739



EASY TOUCH FLURINGE ..... 579, 740	EASY TOUCH UNI-SLIP ..... 581, 604, 743	ECOTRIN..... 124, 245
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK..... 579, 739	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER..... 631, 743	ECOZA..... 537
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK..... 579, 739	EASY TRAK GLUCOSE TEST..... 665, 743	EDARBI..... 202
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR..... 631, 740	EASY TRAK HIGH CONTROL..... 631, 743	EDARBYCLOR..... 216
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL..... 631, 740	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR..... 631, 743	EDLUAR..... 381
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE ..... 579, 740	EASY TRAK II CTRL SOLN- NORMAL..... 631, 743	ED-SPAZ..... 43, 846
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR..... 603, 740	EASY TRAK II TEST STRIP ..... 665, 743	EDURANT..... 3
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 603, 604, 740	EASY TRAK LOW CONTROL..... 631, 744	EEMT..... 445
EASY TOUCH LANCETS ..... 631, 741	EASY TWIST AND CAP LANCETS..... 631, 744	EEMT HS..... 445
EASY TOUCH LANCING DEVICE..... 631, 741	EASY-C IMMUNE HEALTH 281	<i>efavirenz</i> ..... 3
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN..... 604, 741	EASYGLUCO METER. 632, 744	<i>efavirenz-emtricitabin-</i> <i>tenofov</i> ..... 28
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE..... 579, 580, 741	EASYGLUCO MONITORING SYSTEM ..... 632, 744	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i> <i>disop</i> ..... 28
EASY TOUCH PEN NEEDLE..... 604, 741	EASYGLUCO TEST ... 665, 744	EFFER-K..... 291
EASY TOUCH SAFETY LANCETS..... 631, 741	EASYMAX..... 665, 744	EGATEN..... 1
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 604, 742	EASYMAX 15 LEVEL 2 ..... 632, 744	EGRIFTA SV..... 464
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN ..... 604, 742	EASYMAX 15 TEST STRIPS..... 665, 744	<i>elderberry fruit</i> ..... 835
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL ..... 580, 742	EASYMAX NG..... 632, 744	ELDERTONIC..... 296
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE ..... 580, 742	EASYMAX NORMAL CONTROL..... 632, 744	<i>electrolytes-dextrose</i> ..... 289
EASY TOUCH TEST STRIP ..... 665, 743	EASYMAX T1..... 632, 744	ELEMAR..... 546
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK ..... 581, 743	EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS..... 632, 744	ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER..... 632, 745
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK ..... 581, 743	EASYPOINT NEEDLE. 581, 744	ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL..... 632, 745
EASY TOUCH TWIST LANCETS..... 631, 743	EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER..... 632, 744	ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL... 632, 745
	EBASE CONTROLLER ..... 679, 744	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS..... 665, 745
	ECEOXIA..... 542	ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR..... 632, 745
	<i>echinacea</i> ..... 835	ELEMENT HIGH CONTROL ..... 632, 745
	<i>echinacea purp aerial part</i> <i>ext</i> ..... 835	ELEMENT LOW CONTROL ..... 632, 745
	ECLIPSE NEEDLE..... 581, 744	ELEMENT NORMAL CONTROL..... 633, 745
	ECLIPSE SYRINGE.... 581, 745	ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT..... 633, 745
	EC-NAPROXEN..... 126	ELEMENT TEST STRIPS ..... 665, 745
	<i>econazole</i> ..... 537	ELEPSIA XR..... 406, 407
	ECONTRA EZ..... 174, 176	ELESTRIN..... 450
	ECONTRA ONE-STEP 174, 176	<i>eletriptan</i> ..... 422
		ELIGARD..... 172
		ELIGARD (3 MONTH)..... 172
		ELIGARD (4 MONTH)..... 172
		ELIGARD (6 MONTH)..... 172
		Elinest..... 179
		ELIQUIS..... 246

ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START..... 246	EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP ..... 666, 747	ENTADFI..... 848 <i>entecavir</i> ..... 31
ELITE-OB..... 307	EMBRACE WAVE PLUS	ENTERAL GRAVITY BAG
Elixophyllin..... 102	GLUCOSE MTR..... 634, 747	SET-ENFIT..... 595, 747
ELLA..... 174, 176	EMCYT..... 172	ENTRESTO..... 231
ELLUME COVID-19 HOME TEST..... 566, 745	EMEND..... 38	ENTTY..... 523
ELLURA..... 835	EMERGEN-C	ENTYVIO PEN..... 35
ELLZIA PAK..... 506	ELDERBERRY..... 282	Enulose..... 33
ELMIRON..... 842	EMFLAZA..... 453	ENVARUSUS XR..... 347
ELOCTATE..... 247	EMGALITY PEN..... 425	ENVIVE..... 69
Eluryng..... 175	EMGALITY SYRINGE. 360, 425	ENZNONUTY..... 546
ELYXYB..... 382	EMPAVELI..... 250	EOHILIA..... 453
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM ..... 633, 665, 745, 746	EMSAM..... 396	EPCLUSA..... 15
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT..... 633, 746	<i>emtricitabine</i> ..... 19	EPICERAM..... 523
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR..... 633, 746	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .... 18	EPICYN..... 480
EMBRACE EVO LEVEL 1 ..... 633, 746	EMTRIVA..... 19	EPIDIOLEX..... 373
EMBRACE EVO TEST STRIPS..... 665, 746	EMULSION SB..... 523	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE..... 476
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH..... 633, 746	EMVERM..... 1	EPIFOAM..... 532
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW..... 633, 746	Emzahh..... 176	<i>epinastine</i> ..... 865
EMBRACE LANCETS. 633, 746	<i>enalapril maleate</i> ..... 230	<i>epinephrine</i> ..... 101, 231
EMBRACE LANCING DEVICE..... 633, 746	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ..... 227	<i>epinephrine hcl</i> ..... 94
EMBRACE PEN NEEDLE ..... 605, 746	ENBRACE HR..... 293	Epitol..... 355, 369
EMBRACE PRO..... 633, 746	ENBREL..... 106, 143	<i>epiphenone</i> ..... 218, 229
EMBRACE PRO GLUCOSE METER..... 633, 746	ENBREL MINI..... 106, 142	EPOGEN..... 238
EMBRACE PRO TEST STRIPS..... 666, 746	ENBREL SURECLICK. 107, 143	EPRONTIA..... 370
EMBRACE SAFETY LANCET..... 633, 746	ENDARI..... 253, 257, 297	<i>eprosartan</i> ..... 202
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS..... 633, 747	ENDEAVORRX..... 568, 747	EPSOLAY..... 530
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2). 633, 747	ENDO AVITENE..... 233	EQUETRO..... 355, 369
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1).. 634, 747	Endocet..... 120, 131	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ... 257
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR. 634, 747	ENDOMETRIN..... 465	<i>ergoloid</i> ..... 841
EMBRACE TALK TEST STRIPS..... 666, 747	ENFAMIL DUAL PROBIOTICS-VIT D..... 69	ERGOMAR..... 424
	ENGERIX-B (PF)..... 336	<i>ergotamine-caffeine</i> ..... 429
	Enilloring..... 175	ERIVEDGE..... 167
	<i>enoxaparin</i> ..... 240	ERLEADA..... 173
	ENOXILUV..... 240	<i>erlotinib</i> ..... 169
	Enpresse..... 187	ERMEZA..... 457
	Enskyce..... 179	Errin..... 177
	ENSPRYNG..... 348	ERTACZO..... 537
	ENSTILAR..... 537	Ery Pads..... 542
	ENSURE CLEAR THERAPEUTIC..... 298	Ery-Tab..... 12
	ENSURE RAPID HYDRATION..... 289	ERYTHROCIN (AS STEARATE)..... 12
	ENSURE SURGERY..... 298	<i>erythromycin</i> ..... 12, 858
	ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE..... 298	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .. 12
	<i>entacapone</i> ..... 386	<i>erythromycin with ethanol</i> .... 542
		<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> ..... 549
		<i>escitalopram oxalate</i> ..... 409





FERIVA FA (WITH SUMALATE).....	278	<i>flaxseed oil</i> .....	835	<i>fluocinolone</i> .....	513
FERRETTIS IPS.....	276	<i>flecainide</i> .....	224	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ....	691
FERRIPROX.....	193	FLEXICHAMBER.....	679, 750	<i>fluocinolone and shower cap</i>	
<i>ferrous fumarate</i> .....	276	FLEXICHAMBER-LG CHILD		.....	513
<i>ferrous gluconate</i> .....	276	MASK.....	679, 750	<i>fluocinonide</i> .....	513, 514
<i>ferrous sulfate</i> .....	276	FLEXICHAMBER-SM		Fluocinonide-E.....	514
<i>fesoterodine</i> .....	847	ADULT MASK.....	679, 750	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	514
FETZIMA.....	392	FLEXICHAMBER-SM		FLUOPAR.....	506
FE-VITE.....	277	CHILD MASK.....	679, 750	<i>fluorescein-benoxinate</i>	862, 871
FIASP FLEXTOUCH U-100		FLEXI-SEAL SIGNAL FMS		<i>fluorescein-propraracaine</i> ....	862
INSULIN.....	435	.....	561, 750	<i>fluoride (sodium)</i> .....	340, 341
FIASP PENFILL U-100		FLINTSTONES COMPLETE		FLUORIDEX DAILY	
INSULIN.....	436	(FE SULF).....	319	DEFENSE.....	341
FIASP PUMPCART.....	436	FLINTSTONES IMMUNITY		FLUORIDEX SENSITIVITY	
FIASP U-100 INSULIN.....	436	SUPPORT.....	319	RELIEF.....	341
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR).....	51	FLINTSTONES WITH		FLUORIMAX 5000.....	341
FIBER (WITH ASPARTAME).....	51	EXTRA IRON.....	320	FLUORIMAX 5000	
FIBER GUMMIES.....	51	FLOLIPID.....	204	SENSITIVE.....	341
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX).....	51	FLORAJEN WOMEN.....	69	<i>fluorometholone</i> .....	866
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEX TRIN).....	51	FLORASAVE.....	70	FLUOROPLEX.....	533
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO).....	51	FLORASTOR ADVANCED....	70	<i>fluorouracil</i> .....	533
FIBERWELL.....	51	FLORASTORBABY.....	70	FLUOVIX.....	514
FILSPARI.....	195	FLORASTORKIDS.....	70	FLUOVIX PLUS.....	514
FILSUVEZ.....	479	FLORASTORSELECT GUT		<i>fluoxetine</i> .....	409, 410
<i>filter needles</i> .....	582, 750	BOOST.....	70	FLUOXIA.....	504
FILTERED EXTENSION SET.....	570, 750	FLORASTORSELECT		<i>fluphenazine hcl</i> .....	361
FINACEA.....	530, 542	IMMUNITY BOOST.....	70	<i>flurandrenolide</i> .....	514
<i>finasteride</i> .....	842	FLORATUMMYS QUICK		<i>flurazepam</i> .....	388, 407
FINGERSTIX LANCETS.....	635, 750	DISSOLVE.....	70	<i>flurbiprofen</i> .....	126
<i>fingolimod</i> .....	468	FLOSEAL.....	242	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	862
FINTEPLA.....	373	FLOWFLEX COVID-19 AG		<i>fluticasone propionate</i>	
Finzala.....	180	HOME TEST.....	566, 750	.....	89, 90, 94, 514, 515
Fioricet.....	136	FLUAD QUAD 2023-24(65Y UP)(PF).....	334	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> .....	105
FIRDAPSE.....	697	FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF).....	334	<i>fluvastatin</i> .....	204, 205
FIRMAGON.....	164	FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF).....	334	<i>flvoxamine</i> .....	410
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....	164	FLUCELVAX QUAD 2023-2024.....	334	FLUZONE HIGHDOSE QUAD 23-24 PF.....	335
FISH OIL.....	220	FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF).....	334	FLUZONE QUAD 2023-2024.....	335
FLAREX.....	866	<i>fluconazole</i> .....	13, 14	FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF).....	335
FLASHARREST.....	835	<i>flucytosine</i> .....	13	FML FORTE.....	866
<i>flavoxate</i> .....	847	<i>fludrocortisone</i> .....	446	FOLAGENT DHA.....	307
		FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF).....	334	FOLAMAX.....	307
		FLUMIST QUAD 2023-2024.....	321, 335	FOLAMED DHA.....	307
		<i>flunisolide</i> .....	94	FOLCYTEINE.....	316
				FOLET ONE.....	259, 293
				<i>folic acid</i> .....	275
				FOLIC D3.....	285

FOLIKA-BC.....	255	FORA TN'G ADVANCE	<i>fosamprenavir</i> .....	27
FOLIVANE-OB.....	307	PRO MONITOR.....	<i>fosfomycin tromethamine</i>	
FOLLISTIM AQ.....	456	FORA TN'G VOICE METER	.....	29, 845
<i>fondaparinux</i> .....	245	.....	<i>fosinopril</i> .....	230
FORA 6 CONNECT		FORA TN'G VOICE TEST	<i>fosinopril-</i>	
GLUCOSE STRIP.....	666, 750	STRIPS.....	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	228
FORA 6 CONNECT		FORA V10.....	FOSRENOL.....	850
MULTIFUNCTN MTR..	659, 751	FORA V10-V12-D10-D20	FOTIVDA.....	159
FORA 6CONN-GTEL-TN'G		STRIPS.....	FRAGMIN.....	240, 241
ADV STRIP.....	666, 751	FORA V12 BLOOD	FRAICHE 5000 PREVI.....	341
FORA D10.....	635, 660, 751	GLUCOSE SYSTEM... 636, 753	FRAICHE 5000 SENSITIVE	341
FORA D15 GLUCOSE-BP		FORA V12 GLUCOSE.....	FREEFLEX PLUS	
MONITOR.....	635, 660, 751	FORA V20.....	TRANSFER ADAPTER	
FORA D15G STRIPS..	666, 751	FORA V30A.....	.....	594, 754
FORA D20.....	635, 666, 751	FORACARE GD20.....	FREESTYLE CONTROL	
FORA D40D GLUCOSE-BP		FORACARE GD20	.....	637, 754
MONITOR.....	635, 660, 751	GLUCOSE METER.....	FREESTYLE FLASH	
FORA D40G GLUCOSE-BP		FORACARE GD40 TEST	SYSTEM.....	637, 754
MONITOR.....	635, 661, 751	STRIPS.....	FREESTYLE FREEDOM	
FORA D40-G31 TEST		FORACARE GD40A	.....	637, 754
STRIPS.....	666, 751	GLUCOSE METER.....	FREESTYLE FREEDOM	
FORA G20.....	635, 666, 751	FORACARE GD40B	LITE.....	637, 754
FORA G30A.....	635, 751	GLUCOSE METER.....	FREESTYLE INSULINX	
FORA G30-PREMIUM V10		FORACARE GDH HIGH	.....	637, 667, 754
TEST STRP.....	667, 751	CONTROL.....	FREESTYLE INSULINX	
FORA GD50 BLOOD		FORACARE GDH LOW	TEST STRIPS.....	667, 754
GLUCOSE SYSTEM... 635, 751		CONTROL.....	FREESTYLE LANCETS	
FORA GD50 TEST STRIPS		FORACARE GDH NORMAL	.....	637, 754
.....	667, 751	CONTROL.....	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA GTEL GLUCOSE		FORACARE LANCETS	READER.....	637, 754
TEST STRIP.....	667, 751	.....	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA GTEL MULTI-		<i>formoterol fumarate</i> .....	SENSOR.....	637, 754
FUNCTN MONITOR....	660, 752	FORTIFY OPT ADV (L.	FREESTYLE LIBRE 2	
FORA HIGH CONTROL		SALIVARUS).....	READER.....	637, 754
.....	635, 752	FORTIFY OPTIMA	FREESTYLE LIBRE 2	
FORA LANCING DEVICE		ADVANCED CARE.....	SENSOR.....	637, 754
.....	635, 752	FORTIFY OPTIMA	FREESTYLE LIBRE 3	
FORA LOW CONTROL		PROBIOTIC.....	READER.....	637, 754
.....	636, 752	FORTIFY OPTIMA WOMEN	FREESTYLE LIBRE 3	
FORA NORMAL CONTROL		ADVANCED.....	SENSOR.....	637, 755
.....	636, 752	FORTIFY OPTIMA WOMEN	FREESTYLE LITE METER	
FORA PREMIUM V10		PROBIOTIC.....	.....	638, 755
GLUCOSE METER.....	636, 752	FORTIFY PROBIOTIC.....	FREESTYLE LITE STRIPS	
FORA TEST N'GO VOICE		FORTIFY PROBIOTIC 50	.....	667, 755
METER.....	636, 752	PLUS.....	FREESTYLE PRECISION	
FORA TEST STRIP....	667, 752	FORTIFY WOMEN	.....	605, 755
FORA TN'G ADV MOBILE		PROBIO(L.SALIV.).....	FREESTYLE PRECISION	
MULTI MTR.....	660, 752	FORTIFY WOMEN	NEO METER.....	638, 755
FORA TN'G ADVAN PRO		PROBIOTIC.....	FREESTYLE PRECISION	
TEST STRIP.....	667, 752	FOSAMAX PLUS D.....	NEO STRIPS.....	667, 755

FREESTYLE SIDEKICK II	GE333 CONTROL	GINKGO BILOBA PLUS
..... 638, 755	SOLUTION NORMAL .. 638, 756	(BACOPA)..... 835
FREESTYLE SYSTEM KIT	<i>gefitinib</i> ..... 169	GIRLS TRAINING PANTS
..... 638, 755	GEL VEHICLE FOR	4T-5T..... 565, 756
FREESTYLE TEST..... 667, 755	NEXOBRID..... 688	<i>glatiramer</i> ..... 469
FREESTYLE UNISTIK 2	<i>gelatin</i> ..... 835	Glatopa..... 469
..... 638, 755	GELCLAIR..... 337	GLEOSTINE..... 171
FROTEK..... 489, 490	GELFILM..... 233, 869	<i>glimepiride</i> ..... 449
<i>frovatriptan</i> ..... 422	GEL-FLOW..... 233	<i>glipizide</i> ..... 449
FRUZAQLA..... 159	GEL-FLOW NT..... 233	<i>glipizide-metformin</i> ..... 449
FULPHILA..... 236	GELFOAM..... 234	GLOPERBA..... 839
FUROSCIX..... 200	GELFOAM JMI POWDER... 233	GLUCAGON (HCL)
<i>furosemide</i> ..... 200	GELFOAM JMI SPONGE... 234	EMERGENCY KIT..... 432
FUZEON..... 18	GELFOAM SPONGE SIZE	Glucagon Emergency Kit
Fyavolv..... 445	200..... 234	(Human)..... 432
FYCOMPA... 362, 363, 364, 365	GELMIX..... 689	GLUCERNA HUNGER
FYLNETRA..... 237	GELNIQUE..... 847	SMART..... 298
Fyremadel..... 463	GEL-ONE..... 700	GLUCERNA SNACK BAR... 298
G TUSSIN AC..... 93	GELSYN-3..... 700	GLUCO NAVII GLUCOSE
<i>gabapentin</i> ..... 351, 414	GELX..... 337, 338	MONITOR..... 638, 756
GALAFOLD..... 856	<i>gemfibrozil</i> ..... 212	GLUCO NAVII TEST STRIP
<i>galantamine</i> ..... 840	Gemmily..... 180	..... 668, 756
GALZIN..... 194	GEMTESA..... 851	GLUCOCARD 01 HI-
GAMMAGARD LIQUID..... 328	GENABIO COVID-19 RAPID	NORMAL CONTROL... 638, 756
GAMMAKED..... 328	AT-HOME..... 566, 756	GLUCOCARD 01 METER
GAMUNEX-C..... 328	GENADEK..... 320	..... 638, 756
<i>ganirelix</i> ..... 463	GENADEK STEP 1..... 308	GLUCOCARD 01 NORMAL
GARDASIL 9 (PF)..... 335, 336	GENADEK STEP 2..... 308	CONTROL..... 638, 756
<i>garlic</i> ..... 835	GENADUR..... 547	GLUCOCARD 01 SENSOR
<i>garlic extract</i> ..... 835	GENADUR (WITH	PLUS..... 668, 756
GARLIX..... 835	LEXINAL)..... 547	GLUCOCARD
GAS RELIEF-PREVENTION. 40	Gengraf..... 130, 347	EXPRESSION
GASTRACID..... 63	GENOTROPIN..... 459	..... 638, 668, 756, 757
<i>gatifloxacin</i> ..... 857	GENOTROPIN MINIQUICK 459	GLUCOCARD SHINE.. 639, 757
GATTEX 30-VIAL..... 41	<i>gentamicin</i> ..... 497, 857	GLUCOCARD SHINE
GATTEX ONE-VIAL..... 41	GENTLE IRON..... 278	CONNEX METER..... 639, 757
GAVILYTE-C..... 55	GENTLE SKIN CLEANSER 535	GLUCOCARD SHINE
Gavilyte-G..... 55	GENTLE SKIN	EXPRESS METER..... 639, 757
GAVRETO..... 166	CLEANSER(WITH SLS)..... 535	GLUCOCARD SHINE
GDRIVE..... 638, 755	GENULTIMATE TEST	METER..... 639, 757
GE100 BLOOD GLUCOSE	STRIP..... 668, 756	GLUCOCARD SHINE
SYSTEM..... 638, 755	GENVISC 850..... 700	METER KIT..... 639, 757
GE100 BLOOD GLUCOSE	GENVOYA..... 28	GLUCOCARD SHINE TEST
TEST STRIP..... 668, 755	GI PROTECT..... 287	STRIPS..... 668, 757
GE100 CONTROL	GILENYA..... 468	GLUCOCARD SHINE XL
SOLUTION NORMAL .. 638, 755	GILOTRIF..... 168	METER..... 639, 757
GE333 BLOOD GLUCOSE	GIMOTI..... 37	GLUCOCARD VITAL... 639, 757
SYSTEM..... 638, 756	<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ... 835	GLUCOCARD VITAL
GE333 BLOOD GLUCOSE	<i>ginkgo biloba leaf extract</i> ..... 835	SENSOR..... 668, 757
TEST STRIP..... 668, 756		

GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS.....	668, 757	<i>glycerin</i> .....	508	GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....	640, 759
GLUCOCOM AUTOLINK.....	639, 757	<i>glycine urologic solution</i> .....	844	GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER.....	640, 759
GLUCOCOM BLOOD.....		<i>glycopyrrolate</i> .....	39, 342	GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER.....	640, 759
GLUCOSE.....	639, 757	<i>glycopyrrolate (pf)</i> .....	39	GUARDIAN SENSOR 3.....	640, 759
GLUCOCOM CONTROL HIGH.....	639, 757	Glydo.....	495	GUMMY DINOS.....	272
GLUCOCOM CONTROL NORMAL.....	639, 757	GLYRX-PF.....	40	GVOKE.....	432
GLUCOCOM GLUCOSE.....	668, 757	GLYTACTIN BETTERMILK 5-5.....	296	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	432
GLUCOCOM LANCETS.....	639, 758	GLYXAMBI.....	447	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	432
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER.....	835	GM100.....	639, 668, 758	GVOKE PFS 1-PACK.....	432
<i>glucosam-chondr-c-mang citrate</i> .....	826	GOCOVRI.....	415	GVOKE PFS 2-PACK.....	432
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes</i> .....	827	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP.....	668, 758	SYRINGE.....	432
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron</i> .....	827	GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL.....	639, 758	GYNAZOLE-1.....	695
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit</i> .....	827	GOJJI LANCETS.....	640, 758	HADLIMA.....	59, 109, 143
<i>glucosamine hcl-hyaluronic</i> .....	827	GOJJI LANCING DEVICE.....	640, 758	HADLIMA PUSH TOUCH.....	59, 109, 143
<i>glucosamine sulfate</i> .....	827	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER.....	660, 758	HADLIMA(CF).....	59, 109, 143
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG).....	827	GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT.....	523	HADLIMA(CF) PUSH TOUCH.....	59, 109, 143
<i>glucosamine-chondroitin</i> .....	827	GONAL-F.....	456	HAEGARDA.....	235
GLUCOSAMINE-CHONDROITIN 3X.....	827	GONAL-F RFF.....	456	Hailey.....	180
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid</i> .....	827	GONAL-F RFF REDI-JECT.....	456	Hailey 24 Fe.....	180
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw</i> .....	827	GONITRO.....	228	Hailey Fe 1.5/30 (28).....	180
<i>glucosamine-msm-hyaluron acid</i> .....	827	GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER.....	640, 758	Hailey Fe 1/20 (28).....	180
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal</i> .....	827	GOODLIFE AC-302 TEST STRIP.....	668, 758	HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN).....	283
<i>glucose</i> .....	432	GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST.....	566, 758	HAIR, SKIN AND NAILS (FABIOTIN).....	308
GLUCOSE CONTROL.....	639, 758	GRAFIX CORE.....	476	<i>halcinonide</i> .....	515
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN.....	639, 758	GRAFIX PRIME.....	476	HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR.....	594, 759
<i>glutamine</i> .....	36, 257	GRAFIX XC.....	476	HALO CLOSED BAG ADAPTOR.....	594, 759
<i>glutaraldehyde</i> .....	692	GRALISE.....	351	HALO CLOSED LINE ADAPTOR.....	594, 759
GLUTAREX-2.....	287, 299	<i>granisetron hcl</i> .....	48	HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR.....	594, 759
<i>glutathione (bulk)</i> .....	690, 831	GRANIX.....	237	HALO CLOSED VIAL ADAPTOR.....	594, 759
<i>glyburide</i> .....	449	GRASTEK.....	325	HALO VIAL CONVERTER.....	594, 759
<i>glyburide micronized</i> .....	449	<i>green tea leaf extract</i> .....	835	<i>halobetasol propionate</i> .....	492, 515
<i>glyburide-metformin</i> .....	450	GREEN TEA-600.....	835	Haloette.....	175
		<i>griseofulvin microsize</i> .....	31	HALOG.....	515, 516
		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	31		
		<i>guaiacol</i> .....	690		
		GUAIFENESIN AC.....	93		
		GUAIFENESIN DAC.....	93		
		<i>guanfacine</i> .....	199, 395		
		GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....	640, 758		



<i>haloperidol</i> .....	385	HEP FLUSH-10 (PF)...	239, 242	HUMALOG MIX 75-25(U-	
<i>haloperidol lactate</i> .....	385	<i>heparin (porcine)</i> .....	239	100)INSULN.....	433
HALUCORT.....	523	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>		HUMALOG U-100 INSULIN	436
HAPRODERM.....	523	<i>nacl</i> .....	239, 243	HUMATE-P.....	248
HARMONY CONTROL		<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	239	HUMATROPE.....	459
L1,L3.....	640, 759	<i>heparin lock flush (porcine)</i>		HUMIRA.....	59, 109, 143
HARMONY GLUCOSE		.....	239, 243	HUMIRA PEN.....	59, 109, 143
TEST STRIP.....	668, 759	HEPARIN		HUMIRA(CF).....	60, 109, 144
HARVONI.....	15	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF		HUMIRA(CF) PEDI	
HAVRIX (PF).....	333	).....	240, 243	CROHNS STARTER	
HAXCHLO.....	500	<i>heparin, porcine (pf)</i> ....	240, 243	.....	59, 109, 143
HAXCHLODREX.....	500	HEPLISAV-B (PF).....	336	HUMIRA(CF) PEN.....	59, 109, 144
HAXDRAX.....	545	HEPZATO.....	150	HUMIRA(CF) PEN	
HCU MAXAMUM.....	297	HEPZATO (50 MM		CROHNS-UC-HS..	59, 109, 143
HEALON ENDOCOAT.....	864	CATHETER).....	150	HUMIRA(CF) PEN	
HEALON GV PRO.....	864	HEPZATO (62 MM		PEDIATRIC UC.....	59, 109, 143
HEALON PRO.....	864	CATHETER).....	150	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
HEALON5 PRO.....	864	HER STYLE.....	174, 176	UV-ADOL HS.....	59, 109, 143
HEALTHPRO GLUCOSE		HETLIOZ LQ.....	411	HUMULIN 70/30 U-100	
MONITOR.....	640, 759	HEXIOUNYL.....	499	INSULIN.....	460
HEALTHPRO HIGH-LOW		HICON.....	168	HUMULIN 70/30 U-100	
CONTROL.....	640, 759	HI-D ADEK GUMMIES		KWIKPEN.....	460
HEALTHPRO TEST STRIPS		PLUS ZINC.....	293	HUMULIN N NPH INSULIN	
.....	669, 760	HI-D DROP.....	320	KWIKPEN.....	462
HEALTHWISE INSULIN		HIGH POTENCY MULTIVIT		HUMULIN N NPH U-100	
SYRINGE.....	605, 760	(W-IRON).....	293	INSULIN.....	462
HEALTHWISE PEN		HIGH POTENCY		HUMULIN R REGULAR U-	
NEEDLE.....	606, 760	MULTIVITAMIN.....	293	100 INSULN.....	461
HEALTHY ACCENTS		HISTEX-AC.....	92	HUMULIN R U-500 (CONC)	
AUTOLET.....	640, 760	HI-VOLUME PUMPING		INSULIN.....	461
HEALTHY ACCENTS		CHAMBER SET.....	570, 760	HUMULIN R U-500 (CONC)	
UNIFINE PENTIP.....	606, 760	HIXDEFRIMA.....	545	KWIKPEN.....	461
HEALTHY ACCENTS		HIZENTRA.....	328	HYALGAN.....	700
UNILET LANCET.....	640, 760	HOMATROPAIRE.....	865	HYALO4 CARE.....	526
HEALTHY EYES LUTEIN-		HOME NEBULIZER PLUS		HYALO4 CARE CLEAR.....	526
ZEAXANTHIN.....	831	SIDESTREAM.....	679, 760	HYCAMTIN.....	171
HEALTHY EYES		HOMINEX-2.....	297	HYCLODEX.....	480, 692
SUPERVISION2.....	831	HORIZANT.....	428, 429	<i>hydralazine</i> .....	231
Heather.....	177	HORMONE PROTECT.....	836	HYDRALYTE.....	289
HEMADY.....	453	HPR.....	523	HYDRALYTE PLUS.....	289
HEMANGEOL.....	226	HPR PLUS.....	523	HYDRO 35.....	486
HEMATEX.....	277	HPR PLUS HYDROGEL.....	505	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	219
HEMATOGEN.....	278	HPR PLUS-MB HYDROGEL		<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	112, 113
HEMATOGEN FORTE.....	278	.....	505	<i>hydrocodone-</i>	
HEMATRON-AF.....	278	HUMALOG KWIKPEN		<i>acetaminophen</i> ....	120, 137, 138
HEMLIBRA.....	233	INSULIN.....	436	<i>hydrocodone-</i>	
HEMOFIL M HIGH.....	247	HUMALOG MIX 50-50		<i>chlorpheniramine</i> .....	99
HEMOFIL M LOW.....	247	INSULN U-100.....	433	<i>hydrocodone-homatropine</i> .....	93
HEMOFIL M MID.....	247	HUMALOG MIX 50-50		<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	120, 138
HEMOFIL M SUPER HIGH.	248	KWIKPEN.....	433		

<i>hydrocortisone</i>		HYQVIA.....	328	ILET INFUSION KIT-INSET	
.....	64, 453, 470, 517	HYQVIA HY COMPONENT	347	23".....	673, 761
<i>hydrocortisone acetate</i> .....	470	HYQVIA IG COMPONENT..	328	ILET INFUSION-CONTACT	
<i>hydrocortisone butyrate</i>		HYRIMOZ.....	60, 110, 144	DTCH 23".....	673, 761
.....	516, 517	HYRIMOZ PEN.....	60, 110, 144	ILET INSULIN PUMP..	659, 761
HYDROCORTISONE		HYRIMOZ PEN CROHN'S-		ILEVRO.....	862
LOTION COMPLETE.....	477	UC STARTER.....	60, 110, 144	ILIDERM.....	547
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	517	HYRIMOZ PEN PSORIASIS		<i>imatinib</i> .....	159
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	691	STARTER.....	60, 110, 144	IMBRUVICA.....	149, 159
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		HYRIMOZ(CF).....	60, 110, 144	IMIOXIA.....	499
<i>aloe2</i> .....	497	HYRIMOZ(CF) PEDI		<i>imipramine hcl</i> .....	394
<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ...	500	CROHN STARTER	60, 110, 144	<i>imipramine pamoate</i> .....	394
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		HYRIMOZ(CF) PEN		<i>imiquimod</i> .....	533
<i>aloe</i> .....	497	.....	60, 110, 144	IMMUNERX.....	308
<i>hydrocortisone-pramoxine</i>		HYSINGLA ER.....	113	IMPACT ADVANCED	
.....	471, 517, 532	<i>ibandronate</i> .....	448	RECOVERY.....	299
<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>		IBRANCE.....	167	IMPAVIDO.....	29
.....	690, 692	IBSRELA.....	36	IMPOYZ.....	492, 517
Hydromet.....	93	ibu.....	126	INBRIJA.....	415
<i>hydromorphone</i> .....	113	IBUPAK.....	126	Incassia.....	177
<i>hydromorphone (pf)</i> .....	113	<i>ibuprofen</i> .....	126	IN-CHECK NASAL WITH	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>		<i>ibuprofen-famotidine</i> .....	122	MASK.....	662, 761
<i>nacl</i> .....	113	<i>icatibant</i> .....	199	IN-CHECK ORAL FLOW	
<i>hydroquinone</i> .....	488	lclevia.....	180	METER.....	662, 761
<i>hydroxocobalamin</i> .....	275	ICLOFENAC CP.....	544	INCONTROL LANCING	
<i>hydroxychloroquine</i> .....	14, 15, 131	ICLUSIG.....	171	DEVICE.....	640, 761
<i>hydroxyethyl</i>		ID NOW COVID-19 TEST		INCONTROL PEN NEEDLE	
<i>methacrylate,bulk</i> .....	690	KIT.....	566, 760	.....	606, 761
HYDROXYM.....	517	IDACIO(CF).....	60, 110, 145	INCONTROL SUPER THIN	
<i>hydroxypropyl cellulose</i> .....	687	IDACIO(CF) PEN..	60, 110, 144	LANCETS.....	640, 761
<i>hydroxyurea</i> .....	153	IDACIO(CF) PEN CROHN-		INCONTROL ULTRA THIN	
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	396	UC STARTR.....	60, 110, 144	LANCETS.....	640, 761
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	396	IDACIO(CF) PEN		INCRELEX.....	452
HYFIBER FOR KIDS.....	51	PSORIASIS START		INCRUSE ELLIPTA.....	87
HYFTOR.....	485	.....	60, 110, 144	<i>indapamide</i> .....	219
HYGIENIC CLEANSING		IDARAN.....	530	INDERAL XL.....	226
LOTION.....	524	IDEAL BOWEL SUPPORT....	71	INDICAID COVID-19 AG	
HYLATOPICPLUS.....	524	IDELVION.....	251	HOME TEST.....	566, 761
HYLAZINC.....	275	IDHIFA.....	157	INDOCIN.....	129
HYMOVIS.....	701	IDYYXIATAR.....	553	<i>indomethacin</i> .....	129
<i>hyoscyamine sulfate</i>		IGALMI.....	417	INFANT PROBIOTIC.....	72
.....	43, 44, 846, 847	IGG 2000 CWP.....	287	INFANT-TODDLER	
HYOSYNE.....	44, 847	IGG PURE.....	288	MULTIVITAMIN.....	272
HYPER-SAL.....	688	IGLUOSE BLOOD		INFANT-TODDLER	
HYPOCYN ANTIPRURITIC		GLUCOSE MONITOR.....	640, 761	MULTIVIT-IRON.....	320
.....	480, 692	IGLUOSE TEST STRIP		INFASURF.....	100
HYPOCYN DERMAL... ..	480, 693	.....	669, 761	INFINITY CONTROL	
HYPOLANCE AST		IHEALTH COVID-19 AG		SOLUTION HIGH.....	641, 761
LANCING.....	640, 760	HOME TEST.....	566, 761	INFINITY CONTROL	
<i>hypromellose</i> .....	687	IHEEZO (PF).....	872	SOLUTION LOW.....	641, 761

INFINITY CONTROL SOLUTION NORM.....	641, 761	INSUFLOXON.....	672, 763	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	103
INFINITY METER KIT.	641, 762	INSUL-CAP.....	641, 763	<i>irbesartan</i> .....	202
INFINITY STARTER KIT.....	641, 762	INSUL-EZE.....	641, 763	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	216
INFINITY TEST STRIPS.....	669, 762	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	433	IRON (FERROUS SULFATE).....	277
INFLAMMACIN.....	123	<i>insulin aspart u-100</i> .....	436	<i>iron bisglycinate chelate</i> .....	277
INFLAMMA-K.....	544	<i>insulin lispro</i> .....	436	IRON FOLATE PLUS.....	278
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL).....	123	<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	434	IRON FOLATE-F.....	278
INGREZZA.....	418, 426, 427	<i>insulin syrlndl u100 half mark</i> .....	607, 763	<i>iron, carbonyl-vitamin c</i> .....	278
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	418, 426	INSULIN SYRINGE.....	607, 763	IRRIGATION SYRINGE.....	582, 765
INGREZZA SPRINKLE.....	418, 426, 427	MICROFINE.....	607, 763	ISENTRESS.....	20, 21
INJECT EASE LANCETS.....	641, 762	<i>insulin syringe-needle u-100</i> .....	607, 764	ISENTRESS HD.....	20
INLYTA.....	160	INSUPEN PEN NEEDLE.....	607, 764	Isibloom.....	180
INNOPRAN XL.....	226	INSYTE IV CATHETER.....	570, 764	I-SIGHT.....	831
INNOSPIRE DELUXE.	679, 762	INTEGRA SYRINGE... ..	582, 764	<i>isoflurane</i> .....	145
INNOSPIRE ELEGANCE.....	679, 762	INTELENCE.....	3	<i>isoniazid</i> .....	21
INNOSPIRE ESSENCE.....	679, 762	INTELISWAB COVID-19 HOME TEST.....	566, 764	<i>isopropyl alcohol</i> .....	689
INNOSPIRE GO NEBULIZER.....	568, 762	INTENSE DRY SKIN THERAPY.....	524	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	228
INNOSPIRE MINI.....	679, 762	INTERLINK LEVER LOCK CANNULA.....	594, 764	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	228
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER.....	680, 762	INTERLINK SYRINGE AND CANNULA.....	582, 764	<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	216
INPEFA.....	430	INVACARE LANCETS.	641, 764	<i>isotretinoin</i> .....	557
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	606, 762	INVELTYS.....	867	<i>isradipine</i> .....	214
INPEN (FOR HUMALOG) GREY.....	606, 762	INVIGOFLEX AMPM.....	827	ISTURISA.....	447
INPEN (FOR HUMALOG) PINK.....	606, 762	INVIGOFLEX CS.....	828	IS-ZC 50.....	286
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	606, 762	INVIGOFLEX D.....	828	ITHOXIA.....	556
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY.....	606, 763	INVIGOFLEX GS.....	828	<i>itraconazole</i> .....	14
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK.....	606, 763	INVOKAMET.....	440	I-VALEX-2.....	296
INQOVI.....	166	INVOKAMET XR.....	440	IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE.....	570, 765
INREBIC.....	164	INVOKANA.....	439	IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE.....	570, 765
INSPIRATION ELITE FILTER.....	680, 763	INZDEAXIATAR.....	552	IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET.....	570, 765
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN).....	432	INZDEAXIAR.....	552	IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET.....	592, 765
		INZDEOXIA.....	550	<i>ivermectin</i> .....	2
		IODOFLEX.....	693	IWILFIN.....	147
		IODOSORB.....	693	IXINITY.....	251
		IOPIDINE.....	875	IYUZEH (PF).....	873
		IPOL.....	330	Jaimiess.....	190
		I-PORT.....	594, 764	JAKAFI.....	168
		I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT.....	594, 764	Jantoven.....	239
		I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT.....	594, 764	JANUMET.....	465
		<i>ipratropium bromide</i> .....	87, 94	JANUMET XR.....	465
				JANUVIA.....	463
				JARDIANCE.....	439
				JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE.....	72



JARRO-DOPHILUS BABY .... 72	K2-D3 MAX.....317	KEVZARA..... 134
JARRO-DOPHILUS BABY	Kaitlib Fe.....181	KEXM..... 488
PROBIOTIC.....72	Kalliga..... 181	KEYA..... 502
JARRO-DOPHILUS DIGEST	KALYDECO..... 83	KEYFOLIC.....308
SURE.....72	KANGAROO 924 SAFETY	KIDS MELATONIN..... 413
JARRO-DOPHILUS EPS.....72	SCREW..... 595, 765	KIDS MULTI ZERO..... 320
JARRO-DOPHILUS GUT	KANGAROO EPUMP SET	KIDS MULTIVITAMIN-
CALM.....72	.....595, 765	MINERALS..... 320
JARRO-DOPHILUS KIDS..... 72	KANGAROO GRAVITY SET	KIDS SLEEP CALM.....411
JARRO-DOPHILUS PLUS	.....595, 765	KIDS SLEEP IMMUNE
FOS..... 72	KAPSPARGO SPRINKLE... 217	HEALTH..... 411
JARRO-DOPHILUS	KARBINAL ER..... 85, 92	KIMONO CONDOMS(NON-
PRENATAL.....73	Kariva (28)..... 190	LUBRICATED).....562, 766
JARRO-DOPHILUS ULTRA.. 73	KATARAXAP..... 501	KIMONO LUBRICATED
JARRO-DOPHILUS	KATARVIA.....501	CONDOMS.....562, 766
WOMEN..... 73	KATARYA.....502	KIMONO MICROTHIN
Jasmiel (28)..... 180	KATARYAXN..... 502	AQUA LUBE CON..... 562, 766
JATENZO..... 438	KATERZIA.....214	KIMONO MICROTHIN
Javygtor..... 853	KAXM..... 488	CONDOMS.....562, 766
JAYPIRCA..... 149, 160	KEIDO..... 502	KIMONO MICROTHIN
JAZZ WIRELESS 2 METER	Kelnor 1/35 (28)..... 181	LARGE CONDOMS.....562, 766
KIT..... 641, 765	Kelnor 1-50 (28)..... 181	KIMONO TEXTURED
JELMYTO..... 149	KELOTOP.....685, 765	CONDOMS.....562, 766
Jencycla.....177	KENDALL DISINFECTANT	KINDERLYTE HERBAL
JENTADUETO.....465	CAP..... 594, 765	IMMUNITY.....289
JENTADUETO XR.....465	KENGUARD FOLEY	KINDERMED INFANTS
JESDUVROQ..... 232	CATHETER..... 593, 765	COUGH PLUS..... 830
Jinteli..... 445	KERAGEL.....482, 765	KINDERMED INFANTS
JIVI..... 248	KERAGELT..... 482, 765	NIGHT COUGH..... 830
JOENJA.....854	KERALYT SCALP	KINERET..... 134
JOLESSA..... 180	COMPLETE.....486	Kionex (With Sorbitol).....300
JORNAY PM.....400	KERAMATRIX..... 558	Kiprofen..... 126
Joyeaux..... 181	KERASTAT.....508	KISQALI..... 167
JUBLIA..... 531	KERENDIA..... 229	KISQALI FEMARA CO-
Juleber.....181	KERLIX AMD.....482, 765	PACK..... 154
JULIE..... 174, 176	KESIMPTA PEN.....467	KLARITY (CHONDROITIN)
JULUCA..... 17	KETARYA..... 502	(PF).....860
Junel 1.5/30 (21).....181	<i>ketoconazole</i> ..... 31, 538	Klayesta.....522
Junel 1/20 (21).....181	Ketodan..... 538	KLISYRI.....485
Junel Fe 1.5/30 (28)..... 181	KETODAN KIT.....538	Klor-Con M10..... 291
Junel Fe 1/20 (28)..... 181	KETONE CARE.....672, 766	Klor-Con M15..... 292
Junel Fe 24.....181	KETONE URINE TEST672, 766	Klor-Con M20..... 292
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-	KETONEX-2..... 297	KLOXXADO..... 195
PROBIOTIC..... 320	<i>ketoprofen</i> ..... 126	KOATE..... 248
JUST RIGHT 5000..... 341	<i>ketorolac</i> ..... 127, 128, 862	KOGENATE FS..... 248
JUVAZIN.....505	KETOSTIX.....672, 766	KONSYL DAILY FIBER
JUXTAPID..... 202	KEVARAXAP..... 502	(STEVIA)..... 51
JYLAMVO..... 138, 151	KEVARTIA.....502	KONSYL SUGAR-FREE..... 52
JYNARQUE..... 850	KEVARYA.....502	KONVOMEPE.....61
K1-1000..... 314	KEVEYIS..... 697	KORLYM..... 466

KOSELUGO.....	162	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	17	LEVEMIR FLEXPEN.....	434
KOSHER PRENATAL PLUS		<i>lamotrigine</i> .....	355, 367	LEVEMIR U-100 INSULIN...	434
IRON.....	259	LAMPIT.....	23	<i>levetiracetam</i> .....	407
KOTARAXAP.....	502	<i>lancets</i> .....	641, 766	LEVICYN ANTIPRURITIC	
KOVALTRY.....	248	LANCETS, SUPER THIN		.....	475, 479
KOVANAZE.....	339	.....	641, 766	LEVICYN ANTIPRURITIC	
K-PHOS NO 2.....	846	LANCETS, THIN.....	641, 766	SG.....	524
K-PHOS ORIGINAL.....	846	LANCETS, ULTRA THIN		LEVICYN DERMAL.....	480
KRAZATI.....	165	.....	641, 766	<i>levobunolol</i> .....	863
K-RIGHT.....	317	<i>lancing device</i> .....	641, 766	<i>levocarnitine</i> .....	282, 856
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		LANCING DEVICE WITH		<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	856
<i>ast</i> .....	220	LANCETS.....	641, 766	<i>levocarnitine tartrate</i> .....	282
KRINTAFEL.....	15	<i>lancing device with lancets</i>		<i>levocetirizine</i> .....	86, 101
KRISTALOSE.....	81	.....	641, 766	<i>levofloxacin</i> .....	6, 857
Kurvelo (28).....	181	LANCING SYSTEM.....	641, 766	Levonest (28).....	187
KUTAR.....	502	LANOLIN (HPA).....	508	<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>	
KUTARVIA.....	502	<i>lansoprazole</i> .....	46	<i>iron</i> .....	182
KUTARYAXM.....	502	<i>lanthanum</i> .....	850	<i>levonorgestrel</i> .....	174, 176
KUTARYAXMPA.....	502	LANZO LANCING DEVICE		<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	182
KUTEA.....	489	.....	641, 766	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	
KUVAN.....	853	<i>lapatinib</i> .....	170	.....	187
KUVARYA.....	502	Larin 1.5/30 (21).....	181	Levora-28.....	182
KUVARYE.....	503	Larin 1/20 (21).....	182	<i>levorphanol tartrate</i> .....	113
KUXM.....	489	Larin 24 Fe.....	182	<i>levothyroxine</i> .....	457
KYLEENA.....	189	Larin Fe 1.5/30 (28).....	182	LEVULAN.....	494
KYZATREX.....	438	Larin Fe 1/20 (28).....	182	LEXETTE.....	493, 518
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		<i>latanoprost</i> .....	873	LEXITRAL PHARMAPAK II.	544
.....	175, 190	LAYOLIS FE.....	182	L-GLUTAMINE.....	257
<i>l. acidophilus-b. coagulans</i> ...	73	LC PLUS.....	569, 766	LIBERVANT.....	388, 390
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-		LC PLUS NEBULIZER-PED		LICART.....	490
TETRA).....	495	MASK.....	569, 767	LICE-BEDBUG-MITE	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-		LC-655.....	270	BEDDING.....	473
TETRA).....	495	L-CARNITINE.....	282	<i>licorice root (g.glabra)</i> .....	836
<i>labetalol</i> .....	215	L-CARNITINE (TARTRATE)	282	LIDO BDK.....	661
<i>lacosamide</i> .....	366	L-CARNOSINE.....	257	<i>lidocaine</i> .....	146, 495
LACRISERT.....	860	LDO PLUS.....	495	<i>lidocaine hcl</i> .....	146, 337, 495
<i>lactase</i> .....	44	LEENA 28.....	187	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>	
<i>lactated ringers</i> .....	315	LEFLUNICLO.....	135, 490	<i>ac</i> .....	471, 532
<i>lactobacillus acidophilus</i> .....	73	<i>leflunomide</i> .....	135	Lidocaine Viscous.....	337
<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar</i>	73	<i>lenalidomide</i> .....	170	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>	
<i>lactulose</i> .....	33, 34, 81	LENVIMA.....	160	<i>aloe</i> .....	471
LAGEVRIO (EUA).....	30	Lessina.....	182	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	547
LAMICTAL XR STARTER		<i>letrozole</i> .....	172	<i>lidocaine-racepinep-</i>	
(BLUE).....	367	<i>leucovorin calcium</i> .....	148	<i>tetracaine</i> .....	495
LAMICTAL XR STARTER		LEUKERAN.....	150	<i>lidocaine-tetracaine</i> .....	495
(GREEN).....	367	LEUKINE.....	240	Lidocan lii.....	495
LAMICTAL XR STARTER		<i>leuprolide</i> .....	172	Lidocan Iv.....	495
(ORANGE).....	367	<i>levabuterol hcl</i> .....	98	Lidocan V.....	495
LAMIOFLUR.....	342	<i>levabuterol tartrate</i> .....	98	LIDOMARK 1-5.....	146
<i>lamivudine</i> .....	19, 31	<i>levamlodipine</i> .....	214	LIDOMARK 2-5.....	146

LIDOPIN.....	495	LOFRIC SENSE NELATON		LYBALVI.....	354, 383, 387
LIDOPURE PATCH.....	496	CATHETER.....	593, 767	Lyleq.....	177
LIDORX.....	496	Lojaimiess.....	190	Lyllana.....	451
LIDORXKIT.....	547	LOKELMA.....	300	LYNPARZA.....	158
LIDOSOL-50.....	496	LONSURF.....	153	<i>lysine hcl</i> .....	257, 258
LIDTOPIC MAX.....	496	<i>loperamide</i> .....	40	LYSODREN.....	153
LIKMEZ.....	16	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	23	LYTGOBI.....	154
LILETTA.....	189	LOPROX KIT.....	546	LYUMJEV KWIKPEN U-100	
<i>linezolid</i> .....	6	<i>lorazepam</i> .....	388, 409	INSULIN.....	436
LINZESS.....	37, 50	Lorazepam Intensol.....	388, 409	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
<i>liothyronine</i> .....	457	LORBRENA.....	156	INSULIN.....	437
LIPOCHOL PLUS.....	220	LOREEV XR.....	388, 389, 409	LYUMJEV TEMPO PEN(U-	
LIPO-FLAVONOID.....	284	LORMATE.....	316	100)INSULN.....	437
LIQREV.....	198	Loryna (28).....	182	LYUMJEV U-100 INSULIN..	437
LIQUACEL.....	288	<i>losartan</i> .....	202	LYVISPAH.....	699
LIQUID C.....	281	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	216	Lyza.....	177
LIQUID MULTIVITAMIN.....	308	LOTEMAX.....	867	MACULAPF.....	831
<i>lisdexamfetamine</i> .....	401	LOTEMAX SM.....	867	<i>mafenide acetate</i> .....	526
<i>lisinopril</i> .....	230	<i>loteprednol etabonate</i> .....	867	<i>mag citrate-potassium citrate</i>	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		LOTREXONE.....	106	.....	290
.....	228	LOUTREX.....	498, 524	MAGE.....	73
LITE TOUCH-MEDIUM		<i>lovastatin</i> .....	206	MAGELLAN INSULIN	
MASK.....	680, 767	Low-Ogestrel (28).....	182	SAFETY SYRNG.607, 608, 768	
LITEAIRE MDI CHAMBER		<i>loxapine succinate</i> .....	386	MAGELLAN SAFETY	
.....	680, 767	LOYON.....	524	NEEDLE.....	582, 768
LITETOUCH-LARGE MASK		Lo-Zumandimine (28).....	182	MAGELLAN SAFETY	
.....	680, 767	<i>lubiprostone</i> .....	36, 62	SYRINGE.....	582, 768
LITETOUCH-SMALL MASK		LUCEMYRA.....	343	MAGELLAN SYRINGE	
.....	680, 767	LUCIRA CHECK-IT COVID		.....	582, 608, 768
LITFULO.....	472	HOME TST.....	566, 767	MAGIC3 INTERMITTENT	
<i>lithium carbonate</i> .....	394	LUER LOCK SYRINGE		CATHETER.....	593, 768
<i>lithium citrate</i> .....	394	.....	582, 767	MAGMIND.....	271
LITHOLYTE.....	844	LUER SLIP TIP SYRINGE		<i>magnesium</i> .....	271
LITHOSTAT.....	842	TRAY.....	582, 767	<i>magnesium chloride</i> .....	271
LIVALO.....	206	LUER-LOK TIP.....	582, 767	<i>magnesium citrate</i> .....	271
LIVER PROTECT.....	831	LUGOLS.....	272, 693	<i>magnesium citrate,mag</i>	
LIVITA FOR ADULT.....	308	<i>luliconazole</i> .....	538	<i>oxide</i> .....	271
LIVITA FOR CHILDREN.....	320	LUMAKRAS.....	165	<i>magnesium citrate-lemon</i>	
LIVMARLI.....	106	LUMIGAN.....	874	<i>balm</i> .....	290
LIVTENCITY.....	23	LUMINOPIA DIGITAL APP		MAGNESIUM COMPLEX....	271
L-MESITRAN SOFT.....	483	(30-DAY).....	568, 768	<i>magnesium glycinate</i> .....	271
LMR PLUS.....	547	LUMRYZ.....	358	MAGNESIUM OPTIMIZER..	290
LO LOESTRIN FE.....	190	LUPKYNIS.....	348	<i>magnesium oxide</i> .....	49, 271
LODOCO.....	106	<i>lurasidone</i> .....	384	MAHANA IBS.....	568, 768
Lofena.....	125	<i>lutein</i> .....	831	<i>malathion</i> .....	473
LOFRIC.....	593, 767	<i>lutein-zeaxanthin</i> .....	831	<i>maraviroc</i> .....	29
LOFRIC HYDRO-KIT...593, 767		<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>		MAR-COF BP.....	92
LOFRIC ORIGO.....	593, 767	.....	831	MAR-COF CG.....	94
LOFRIC PRIMO NELATON		Lutera (28).....	183	Marlissa (28).....	183
CATHETER.....	593, 767	LUXAMEND.....	524	MARNATAL-F.....	259

MARPLAN.....	396	MEDIHONEY (CAL		<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i>	
MARVONA SUIK (PF).....	146	ALGINATE-HONEY)....	483, 769	.....	411, 412, 836
MATULANE.....	171	MEDIHONEY (HONEY).....	483	<i>melatonin-theanine</i> .....	412
Matzim La.....	214	MEDIHONEY		<i>meloxicam</i> .....	127
MAVENCLAD (10 TABLET		(HYDROCOLLOID-HONEY)		<i>meloxicam submicronized...</i>	127
PACK).....	466	.....	483, 769	<i>memantine</i> .....	841
MAVENCLAD (4 TABLET		MEDISENSE.....	641, 769	MEN 50 PLUS	
PACK).....	466	MEDISENSE CONTROLS		MULTIVITAMIN.....	308
MAVENCLAD (5 TABLET		1-HI 1-LO.....	641, 769	MENEST.....	451
PACK).....	466	MEDISENSE GLUCOSE		MENOFEM.....	836
MAVENCLAD (6 TABLET		KETONE.....	642, 769	MENOPUR.....	458
PACK).....	466	MEDISENSE MID		MENOSTAR.....	451
MAVENCLAD (7 TABLET		CONTROL.....	642, 770	MENQUADFI (PF).....	324
PACK).....	466	MEDISENSE THIN		MEN'S 50 PLUS	
MAVENCLAD (8 TABLET		LANCETS.....	642, 770	MULTIVITAMIN.....	308
PACK).....	466	<i>medium chain triglycerides..</i>	298	MEN'S DAILY GUMMIES....	308
MAVENCLAD (9 TABLET		MEDLANCE PLUS		MEN'S MULTIVITAMIN	
PACK).....	466	LANCETS.....	642, 770	GUMMIES.....	309
MAVYRET.....	26	MEDLANCE PLUS		MEN'S ONE DAILY.....	309
MAXFE (FOLATE).....	278	SPECIAL BLADE.....	642, 770	MENTAX.....	545
MAXICOMFORT II PEN		MEDPOINT NORMAL		MENTHO-CAINE.....	547
NEEDLE.....	608, 768	CONTROL.....	642, 770	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
MAXICOMFORT INSULIN		MEDROL.....	453	(PF).....	324
SYRINGE.....	608, 769	MEDROLOAN II SUIK.....	453	<i>mepidrine</i> .....	114
MAXI-COMFORT INSULIN		MEDROLOAN SUIK.....	453	<i>mepidrine (pf)</i> .....	114
SYRINGE.....	608, 769	<i>medroxyprogesterone..</i>	191, 446	<i>meprobamate</i> .....	395
MAXICOMFORT SAFETY		MEDTRONIC EXT		<i>mercaptopurine</i> .....	152
PEN NEEDLE.....	608, 769	INFUSION SET 23".....	673, 770	Merzee.....	183
MAXIDEX.....	867	MEDTRONIC EXT		<i>mesalamine</i> .....	34
MAXI-TUSS AC.....	94	INFUSION SET 32".....	674, 770	<i>mesalamine with cleansing</i>	
MAXI-TUSS CD.....	92	<i>mefenamic acid</i> .....	125	<i>wipe</i> .....	34
MAXORB EXTRA.....	483, 769	<i>mefloquine</i> .....	15	MESNEX.....	148
MAYZENT.....	468	MEGARED ADV TOTAL		Metadate Er.....	401
MAYZENT STARTER(FOR		BODY REFRESH.....	220	<i>metaxalone</i> .....	699
1MG MAINT).....	468	MEGARED ADVANCED 4-		METDRAY.....	507
MAYZENT STARTER(FOR		IN-1.....	220	METER-CHECK.....	642, 770
2MG MAINT).....	468	MEGARED ADVANCED		<i>metformin</i> .....	437
MB HYDROGEL.....	506	TOTAL BODY.....	220	<i>methadone</i> .....	114
MB HYDROGEL		MEGARED OMEGA-3		Methadone Intensol.....	114
(CYCLOMETHICONE).....	506	KRILL OIL.....	221	Methadose.....	114
MC 300 NEBULIZER W-		<i>megestrol</i> .....	172, 852	<i>methamphetamine</i> .....	380, 401
MOUTHPIECE.....	569, 769	MEKINIST.....	162	<i>methazolamide</i> .....	200
MC 300 NEBULIZER-		MEKTOVI.....	162	<i>methenamine hippurate</i> ..	33, 845
UNVRSL TUBING.....	569, 769	<i>melatonin</i> .....	413, 414, 828, 829	<i>methenamine mandelate</i>	
MCT OIL.....	298	MELATONINMAX.....	414	.....	33, 845
<i>meclizine</i> .....	38	<i>melatonin-pyridoxal phos</i>		<i>methen-sod phos-meth blue-</i>	
<i>meclofenamate</i> .....	124	(b6).....	411	<i>hyos</i> .....	32, 848
<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> ..	275	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i>		<i>me-thfolate glucos-</i>	
MEDCAPS MENOPAUSE...	836	.....	411, 836	<i>mecobalamin</i> .....	316
				<i>methimazole</i> .....	430



METHITEST.....	438	MICRODOT BLOOD		MINI WRIGHT PEAK FLOW	
<i>methocarbamol</i> .....	699	GLUCOSE SYSTEM		METER.....	662, 771
METHOCEL E 4 M.....	687	.....	642, 669, 770	MINIMED 630G INSULIN	
<i>methotrexate sodium</i> ...	139, 151	MICRODOT HIGH-LOW		PUMP.....	659, 771
<i>methotrexate sodium (pf)</i>		CONTROL.....	642, 771	MINIMED 770G INSULIN	
.....	138, 151	MICRODOT LANCET..	642, 771	PUMP.....	659, 772
<i>methoxsalen</i> .....	488	MICRODOT NORMAL		MINIMED 780G INSULIN	
<i>methscopolamine</i> .....	44	CONTROL.....	642, 771	PUMP.....	659, 772
<i>methsuximide</i> .....	379	MICRODOT READYGARD		MINIMED MIO ADVANCE	
METHYL PROTECT.....	318	PEN NEEDLE.....	608, 771	INF SET23".....	674, 772
<i>methyl salicylate</i> .....	474	MICRODOT XTRA BLOOD		MINIMED MIO ADVANCE	
<i>methyl dopa</i> .....	199	GLUCOSE.....	669, 771	INF SET43".....	674, 772
<i>methyl dopa-</i>		Microgestin 1.5/30 (21).....	183	MINIMED QUICK SET 18"	
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	199	Microgestin 1/20 (21).....	183	.....	674, 772
<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ..	689	Microgestin 24 Fe.....	183	MINIMED QUICK SET 23"	
<i>methylergonovine</i> .....	464	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	183	.....	674, 772
<i>methylphenidate</i> .....	402	Microgestin Fe 1/20 (28).....	183	MINIMED QUICK SET 32"	
<i>methylphenidate hcl</i>		MICROLET 2 LANCING		.....	674, 772
.....	356, 357, 401, 402	DEVICE.....	642, 771	MINIMED QUICK SET 43"	
<i>methylprednisolone</i> .....	453	MICROLET LANCET..	642, 771	.....	674, 772
<i>methyltestosterone</i> .....	438	MICROLET NEXT LANCING		MINIMED QUICK-SERTER	
<i>methyltetrahydrofolate</i>		DEVICE.....	643, 771	(MMT-395).....	643, 772
<i>glucos</i> .....	276	MICROLIFE PEAK FLOW		MINIMED SILHOUETTE 18"	
<i>metoclopramide hcl</i> .....	37	METER.....	662, 771	.....	674, 772
<i>metolazone</i> .....	219	MICROSPACER.....	680, 771	MINIMED SILHOUETTE 23"	
<i>metoprolol succinate</i> .....	217	MIDASPOT COVID19		.....	674, 772
<i>metoprolol ta-</i>		ANTIBODY TEST.....	567, 771	MINIMED SILHOUETTE 32"	
<i>hydrochlorothiaz</i> .....	212	<i>midazolam</i> .....	146, 389, 407	.....	674, 772
<i>metoprolol tartrate</i> .....	217	<i>midazolam (pf)</i> .....	146, 389	MINIMED SILHOUETTE 43"	
<i>metronidazole</i> .....	16, 530, 695	<i>midodrine</i> .....	231	.....	674, 772
<i>metyrosine</i> .....	199	MIEBO (PF).....	860	MINIMED SURE T 18".	674, 772
<i>mexiletine</i> .....	219	MIFEPREX.....	430	MINIMED SURE T 23".	674, 773
Mibelas 24 Fe.....	183	<i>mifepristone</i> .....	430, 466	MINIMED SURE T 32".	674, 773
<i>miconazole nitrate-zinc ox-</i>		MIGERGOT.....	429	<i>minocycline</i> .....	10, 135, 536
<i>pet</i> .....	538	<i>miglitol</i> .....	450	<i>minoxidil</i> .....	231
MICONAZOLE-3.....	695	<i>miglustat</i> .....	855	MINREX.....	291
MICRO BLOOD GLUCOSE		MIGRANOW.....	422	MIRCERA.....	238
.....	669, 770	Mili.....	183	MIRENA.....	189
MICRO THIN LANCETS		<i>milk thistle</i> .....	836	MIRO3D.....	558
.....	642, 770	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	836	MIRODERM	
MICROAIR MESH		<i>milk thistle seed extract</i> .....	836	FENESTRATED.....	558
NEBULIZER.....	569, 770	Mimvey.....	445	MIRODERM	
MICROBORE EXTENSION		MIND AND MEMORY.....	836	FENESTRATED PLUS.....	558
SET.....	570, 770	MINERIN CREME.....	524	<i>mirtazapine</i> .....	377
MICROCHAMBER.....	680, 770	MINI LANCING DEVICE		<i>misoprostol</i> .....	43
MICROCYN.....	480, 693	.....	643, 771	<i>mitomycin (pf) in water</i> .....	859
		MINI PLUS NEBULIZER		MITOPRIME.....	831
		.....	569, 771	MITOSOL.....	859
		MINI ULTRA-THIN II....	609, 771	MK-7.....	314

MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN).....	146	MONOJECT PHARMACY TRAY LUER.....	584, 775	MOTTEGRITY.....	53
M-M-R II (PF).....	322, 326, 329, 330, 335	MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP.....	584, 775	MOTOFEN.....	43
M-NATAL PLUS.....	260	MONOJECT REG TIP NON-STERILE.....	584, 775, 776	MOTPOLY XR.....	366
MOBILE LANCETS.....	643, 773	MONOJECT REGULAR LUER.....	584, 585, 776	MOUNJARO.....	443
<i>modafinil</i> .....	356	MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP.....	585, 776	MOVANTIK.....	193
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF.....	332	MONOJECT SAFETY SYRINGES.....	585, 776	MOVE FREE PLUS MSM....	828
<i>moexipril</i> .....	230	MONOJECT SMARTIP CANNULA.....	585, 777	MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3.....	828
MOISTURIZING CREAM....	524	MONOJECT SYRINGE.....	586, 609, 777, 778	MOVE FREE ULTRA	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN.....	535	MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER.....	585, 777	TURMERIC-TAMAR.....	836
MOITURIZING LOTION.....	524	MONOJECT SYRINGE LUER LOK.....	586, 777	MOXATAG.....	4
<i>molindone</i> .....	396	MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER.....	586, 777	MOXICAINE.....	496
MOMETACURE.....	506	MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE.....	586, 778	<i>moxifloxacin</i> .....	6, 858
<i>mometasone</i> .....	94, 518	MONOJECT TB.....	587, 778	MUCOSITISRX.....	339
Mondoxylene NI.....	10	MONOJECT TB LUER LOK.....	587, 778	MUGARD.....	337, 339
MONO-FLO DRAINAGE BAG.....	561, 773	MONOJECT TB REGULAR LUER TIP.....	587, 778	MULPLETA.....	236
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE.....	582, 773	MONOJECT TB SAFETY SYRINGE.....	587, 778	MULTAQ.....	201
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP...	582, 773	MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE.....	587, 778, 779	MULTI PRO.....	309
MONOJECT 3CC SYR 25GX1".....	583, 773	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN...	609, 779	MULTIA DAILY	
MONOJECT ALLERGY TRAY.....	583, 773	MONOLET LANCETS.	643, 779	MULTIVITAMIN.....	309
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH.....	583, 773	MONOLET THIN LANCETS.....	643, 779	MULTI-LANCET DEVICE 2.....	643, 779
MONOJECT BLOOD COLLECTION.....	658, 773	Mono-Linyah.....	183	MULTITOL-M.....	309
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER.....	583, 773	MONOVISC.....	701	<i>multivit with min-folic acid</i> ....	309
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE.....	583, 773	MONSEL'S.....	234	<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i>	309
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE....	583, 773, 774	<i>montelukast</i> .....	96	<i>multivitamin</i> .....	293
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES.....	583, 774	MORGIDOX 1X 50.....	10	MULTIVITAMIN GUMMIES.	309
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING.....	609, 774	MORGIDOX 1X100.....	11	MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE.....	273
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	609, 774	MORGIDOX 2X100.....	11	MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS.....	309
MONOJECT LUER ADAPTER.....	594, 774	<i>morphine</i> .....	114, 115	MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS.....	255
MONOJECT LUER-LOCK TIP.....	583, 775	<i>morphine (pf)</i> .....	114	MULTI-VIT-FLOR.....	273
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE.....	583, 584, 775	<i>morphine concentrate</i> .....	114	MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLIN).....	273
		<i>morphine in 0.9 % sodium chlor</i> .....	114	<i>multivit-min-ferrous fumarate</i> .....	309
				<i>multivit-min-ferrous gluconate</i> .....	309
				<i>mupirocin</i> .....	497
				<i>mupirocin calcium</i> .....	497
				MURI-LUBE.....	689
				MUSCUSOLICE.....	531
				MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI.....	73
				MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT.....	309
				MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT.....	310

MVW MODULATR			
FORMLTN PEDIATRIC	320		
MX-SOL SF	688		
MY CHOICE	174, 176		
MY WAY	174, 176		
MYALEPT	447		
MYCAPSSA	443		
<i>mycophenolate mofetil</i>			
	130, 348, 349		
<i>mycophenolate sodium</i>	349		
MYDRIATIC4(TROP-PROP- PE-KTRLC)	857		
MYFEMBREE	462		
MYGLUCOHEALTH			
	643, 669, 779		
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	643, 779		
MYGLUCOHEALTH LANCETS	643, 779		
MYHIBBIN	349		
MYLERAN	150		
MYLK	270		
MYNATAL	260		
MYNATAL ADVANCE	260		
MYNATAL PLUS	260		
MYNATAL-Z	260		
MYNATE 90 PLUS	260		
MYNEPHRON	255		
MYRBETRIQ	852		
MYROSINASE	836		
MYTESI	40		
MYXREDLIN	461		
N.O.MAX ER	258		
<i>nabumetone</i>	128		
<i>nadolol</i>	226		
<i>naftifine</i>	545		
<i>nalbuphine</i>	137		
Nalocet	120, 131		
<i>naloxone</i>	195		
NALTREX	106		
<i>naltrexone</i>	346		
NAMENDA XR	841		
NAMZARIC	840		
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST	567, 779		
NANRAN	497		
NAPROTIN	123		
<i>naproxen</i>	126, 127		
<i>naproxen sodium</i>	127		
<i>naproxen-esomeprazole</i>	123		
<i>naratriptan</i>	422		
NATACHEW (FE BIS- GLYCINATE)	260		
NATACYN	858, 875		
NATAL PNV	281		
NATAZIA	175		
<i>nateglinide</i>	433		
NATESTO	438		
NAYZILAM	389, 390		
<i>nebivolol</i>	217		
<i>nebulizer and compressor</i>			
	680, 779		
NEBUSAL	688		
Necon 0.5/35 (28)	183		
<i>nefazodone</i>	377		
NENDRUX	507		
<i>neomycin</i>	5		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	869		
<i>neomycin-bacitracin- polymyxin</i>	860		
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	844		
<i>neomycin-polymyxin b- dexameth</i>	869		
<i>neomycin-polymyxin- gramicidin</i>	861		
	691, 869		
NEONATAL COMPLETE	260		
NEONATAL FE	277		
NEONATAL PLUS VITAMIN	260		
	260		
NEONATAL-DHA	260		
NEOPHE	296		
Neo-Polycin	861		
Neo-Polycin Hc	869		
NEOSALUS	524		
NEO-SYNALAR	501		
NEO-SYNALAR KIT	501		
NEOVITE	310		
NEPHRO VITAMINS	255		
NEPHRON FA	255		
NEPHRO-VITE	255		
NEPRO CARB STEADY	299		
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE)	568, 779		
NERLYNX	168		
NESTABS ABC	260		
NESTABS DHA	261		
NESTABS ONE	294		
Neuac	550		
NEUAC KIT	550		
NEULASTA	237		
NEULASTA ONPRO	237		
NEUPOGEN	237		
NEUPRO	415		
NEURAPTINE	531		
NEURIVA DE-STRESS	836		
NEURIVA ORIGINAL	836		
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS	669, 779		
NEVANAC	862		
<i>nevirapine</i>	3		
NEW DAY	174, 176		
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN	288		
NEWFLORA	73		
NEWGEN	261		
NEXA PLUS	261		
NEXAVIR	507		
NEXIUM PACKET	46		
NEXIVA	570, 779		
NEXLETOL	208		
NEXLIZET	211		
NEXOBRID	526		
NEXOBRID POWDER COMPONENT	526		
NEXPLANON	189		
NEXTSTELLIS	184		
NGENLA	459		
<i>niacin</i>	199, 279		
<i>niacin (inositol niacinate)</i>	279		
<i>niacinamide</i>	279		
Niacor	199		
<i>nicardipine</i>	215		
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM)	310		
<i>nicotine</i>	344		
<i>nicotine (polacrilex)</i>	343		
NICOTROL NS	344		
<i>nifedipine</i>	215		
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL	561, 779		
Nikki (28)	184		
<i>nilutamide</i>	173		
<i>nimodipine</i>	217		
NINJACOF-XG	94		
NINLARO	155		
<i>nisoldipine</i>	215		
<i>nitazoxanide</i>	2		
<i>nitisinone</i>	855		



Nitro-Bid.....	228	NOVA MAX PLUS GLUC- KETON METER.....	660, 780	NUVA III.....	685, 780
NITRO-DUR.....	228	NOVA SAFETY LANCETS .....	643, 780	NUVAGEL.....	685, 780
<i>nitrofurantoin</i> .....	24, 845	NOVA SUREFLEX LANCETS.....	643, 780	NUVAZIL II.....	685, 780
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	24, 845	NOVACORT.....	532	NUVESSA.....	695
<i>nitrofurantoin monohydrate</i> <i>cryst</i> .....	24, 845	NOVAMAX PLUS GLU-KET .....	643, 780	NUWIQ.....	248
<i>nitroglycerin</i> .....	228, 470	NOVAREL.....	455	NUZYRA.....	5, 11
NITROMIST.....	228	NOVAVAX COVID 2023- 24(PF)(EUA).....	332	Nyamyc.....	522
NITRO-TIME.....	229	NOVOEIGHT.....	248	Nylia 1/35 (28).....	184
NITYR.....	855	NOVOFINE 32.....	609, 780	Nylia 7/7/7 (28).....	187
NIVESTYM.....	237	NOVOFINE PLUS.....	610, 780	NYMALIZE.....	217
<i>nizatidine</i> .....	45	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	461	Nymyo.....	184
NOCDURNA (MEN).....	443	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	461	NYNUTEY.....	496
NOCDURNA (WOMEN).....	443	NOVOLIN N FLEXPEN.....	462	<i>nystatin</i> .....	25, 338, 522
NOCTIVA.....	443	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	462	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	500
NOPIOID-LMC KIT.....	698	NOVOLIN R FLEXPEN.....	461	Nystop.....	522
NORA-BE.....	177	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	461	NYVEPRIA.....	237
NORDITROPIN FLEXPRO.....	459	NOVOPEN ECHO.....	610, 780	OASIS ULTRA FENESTRATED.....	548, 781
<i>norelgestromin- ethin.estradiol</i> .....	188	NOVOSEVEN RT.....	251	OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED.....	548, 781
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> .....	184	NOXAFIL.....	14	OASIS WOUND MATRIX MESHED.....	548, 781
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	177	NOXIPAK.....	506	OB COMPLETE.....	310
<i>norethindrone acetate</i> .....	446	NP THYROID.....	456	OB COMPLETE ONE.....	261
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....	184, 445	NRF2 ACTIVATOR.....	836	OB COMPLETE PETITE.....	261
<i>norethindrone-e.estradiol- iron</i> .....	184, 187	NUBEQA.....	173	OB COMPLETE PREMIER.....	261
Norgesic Forte.....	697	NUCALA.....	102	OB COMPLETE WITH DHA.....	261
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	184, 187	NUCORT.....	506	OBAGI ELASTIDERM.....	489
NORITATE.....	530	NUCYNTA.....	116	OBAGI NU-DERM.....	489
NORLIQVA.....	215	NUCYNTA ER.....	115	BLENDER.....	489
NORMAL SALINE FLUSH.....	287	NUEDEXTA.....	349	OBAGI NU-DERM CLEAR.....	489
NORM-JECT.....	587, 779	NUFOLA.....	318	SUNFADER.....	503
NORM-JECT TUBERKULIN .....	587, 780	NU-IRON.....	277	OBAGI-C CLARIFYING SERUM.....	503
NORMLGEL AG.....	497	NUJO.....	520	OBAGI-C THERAPY NIGHT .....	503
NORPACE CR.....	219	NUJU.....	520	OBIZUR.....	249
Nortrel 0.5/35 (28).....	184	NULIBRY.....	192	OBSTETRIX DHA.....	261
NORTREL 1/35 (21).....	184	NUMAQULA VITAMIN.....	310, 832	OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO.....	261
Nortrel 1/35 (28).....	184	NUMBONEX.....	496	OBSTETRIX EC.....	261, 262
Nortrel 7/7/7 (28).....	187	NUMOISYN.....	339, 837	OBSTETRIX ONE.....	262, 294
<i>nortriptyline</i> .....	394	NUPLAZID.....	382	OCALIVA.....	105
NORVIR.....	27	NURTEC ODT.....	417	OCELLA.....	184
NOSE CLIP.....	680, 780	NUTRASEB.....	524	<i>octreotide acetate</i> .....	36, 444
NOURIANZ.....	349	NUTRISOURCE FIBER.....	52	ODACTRA.....	325
NOVA MAX GLUCOSE TEST.....	669, 780	NUTROPIN AQ NUSPIN.....	459	ODEFSEY.....	28
				ODOMZO.....	167
				OFEV.....	86, 160

OFF ACTIVE.....	528	OMNI-BIOTIC STRESS		ON CALL PLUS LANCING	
OFF DEEP WOODS.....	528	RELEASE.....	74	DEVICE.....	644, 783
<i>ofloxacin</i> .....	6, 691, 858	OMNIFLEX DIAPHRAGM		ON CALL PLUS METER	
OGSIVEO.....	147	.....	563, 781	.....	644, 783
OHC COVID-19 ANTIGEN		OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		ON CALL PLUS TEST	
HOME TEST.....	567, 781	(GEN 5).....	656, 781	STRIP.....	669, 783
OJEMDA.....	161, 162	OMNIPOD 5 G6 PODS		ON CALL VIVID CONTROL	
OJJAARA.....	147	(GEN 5).....	656, 781	.....	644, 783
<i>olanzapine</i> .....	354, 383	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		ON CALL VIVID METER	
<i>olanzapine-fluoxetine</i>		KT(GEN5).....	656, 781	.....	644, 783
.....	354, 378, 383	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		ON CALL VIVID PAL	
<i>olive oil</i> .....	689	(GEN 5).....	656, 781	METER.....	644, 783
<i>olmesartan</i> .....	202	OMNIPOD CLASSIC PODS		ON CALL VIVID TEST	
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		(GEN 3).....	656, 782	STRIP.....	669, 783
<i>hcthiazid</i> .....	213	OMNIPOD DASH INTRO		ONCOPLEX.....	837
<i>olmesartan-</i>		KIT (GEN 4).....	656, 782	ONCOPLEX ES.....	837
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	216	OMNIPOD DASH PDM KIT		<i>ondansetron</i> .....	48
<i>olopatadine</i> .....	94, 865	(GEN 4).....	610, 782	<i>ondansetron hcl</i> .....	48
OLPRUVA.....	855	OMNIPOD DASH PODS		ONE A DAY MEN	
OLUMIANT.....	133, 472	(GEN 4).....	656, 782	COMPLETE.....	310
OMBRA COMPRESSOR		OMNIPOD GO PODS..	657, 783	ONE DAILY ESSENTIAL.....	310
SYSTEM.....	680, 781	OMNIPOD GO PODS 10		ONE DAILY MEN'S	
OMECLAMOX-PAK.....	49	UNITS/DAY.....	656, 782	HEALTH.....	310
<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i> ....	221	OMNIPOD GO PODS 15		ONE DAILY MULTI-VIT W-	
OMEGA MONOPURE.....	221	UNITS/DAY.....	657, 782	MINERAL.....	310
OMEGA MONOPURE DHA		OMNIPOD GO PODS 20		ONE DAILY MULTIVITAMIN	
EC.....	221	UNITS/DAY.....	657, 782	.....	294
OMEGA MONOPURE EPA		OMNIPOD GO PODS 25		ONE DAILY	
EC.....	221	UNITS/DAY.....	657, 782	MULTIVITAMIN-IRON.....	310
OMEGA-3 2100.....	221	OMNIPOD GO PODS 30		ONE DAILY WOMEN 50	
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	208	UNITS/DAY.....	657, 782	PLUS(VIT K).....	310
<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> ..	221	OMNIPOD GO PODS 40		ONE DAILY WOMEN'S.....	311
OMEGA-3 KRILL OIL.....	221	UNITS/DAY.....	657, 782	ONE-A-DAY MEN	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ...	221	OMNITROPE.....	459, 460	VITACRAVES.....	311
OMEGAPURE 900-TG.....	222	OMVOH.....	54	ONE-A-DAY MEN'S 50	
OMEGAPURE PRM.....	222	OMVOH PEN.....	53	PLUS.....	311
OMEGAPURE-600 EC.....	222	ON CALL EXPRESS		ONE-A-DAY MEN'S	
OMEGAPURE-780 EC.....	222	CONTROL.....	643, 783	COMPLETE.....	311
OMEGAPURE-820.....	222	ON CALL EXPRESS		ONE-A-DAY PRENATAL.....	281
OMEGAPURE-900 EC.....	222	METER.....	643, 783	ONE-A-DAY PRENATAL-1.	262
<i>omeprazole</i> .....	47	ON CALL EXPRESS TEST		ONE-A-DAY TRIPLE	
<i>omeprazole-sodium</i>		STRIP.....	669, 783	IMMUNE SUPPRT.....	311
<i>bicarbonate</i> .....	62	ON CALL LANCET.....	643, 783	ONE-A-DAY TRUBIOTICS....	74
OMEZA.....	483	ON CALL LANCING		ONE-A-DAY WOMEN	
OMNARIS.....	95	DEVICE.....	643, 783	VITACRAVES.....	311
OMNI-BIOTIC AB-10.....	74	ON CALL PLUS CONTROL		ONE-A-DAY WOMEN'S 50	
OMNI-BIOTIC BALANCE.....	74	.....	643, 783	PLUS.....	311
OMNI-BIOTIC HETOX.....	74	ON CALL PLUS LANCET		ONE-A-DAY WOMEN'S	
OMNI-BIOTIC PANDA.....	74	.....	644, 783	COMPLETE.....	311
				ONE-DAILY MULTI.....	311

ONETOUCH DELICA PLUS	OPTICHAMBER ADULT	Orphengesic Forte.....	698
LANC DEV.....	MASK-LARGE.....	ORSERDU.....	151
644, 784	OPTICHAMBER DIAMOND	ORTHOVISC.....	701
ONETOUCH DELICA PLUS	LG MASK.....	ORTIKOS.....	64
LANCET.....	644, 784	OSAPLEX.....	270
ONETOUCH DELICA	OPTICHAMBER DIAMOND	OSAPLEX MK-7.....	270
SAFETY LANCET.....	VHC.....	644, 784	
ONETOUCH ULTRA	OPTICHAMBER DIAMOND-	OSCIMIN.....	44, 847
CONTROL.....	MED MSK.....	644, 784	
644, 784	OPTICHAMBER DIAMOND-	OSCIMIN SL.....	44, 847
ONETOUCH ULTRA TEST	SML MASK.....	<i>oseltamivir</i> .....	25
.....	644, 784	OSMOLEX ER.....	415
669, 784	OPTICLEANSE GHI.....	OSSOPAN MD.....	268
ONETOUCH ULTRA2	OPTIMAG 125.....	OSSOPAN-1100.....	268
METER.....	271	OSTACHOL.....	285
644, 784	OPTIMAG NEURO.....	OSTEOPRIME PLUS CALC-	
ONETOUCH ULTRASOFT 2	271	MAGNESIUM.....	270
LANCET.....	OPTIMAG PLUS CALCIUM	OSTEO-VIT3.....	257
644, 784	270	OTEZLA.....	134, 474
ONETOUCH VERIO FLEX	OPTION-2.....	OTEZLA STARTER.....	134, 474
METER.....	175, 176	OTREXUP (PF).....	139
644, 784	OPTIUM EZ.....	OVACE PLUS.....	498
ONETOUCH VERIO FLEX	669, 785	OVACE PLUS SHAMPOO..	498
START.....	644, 784	OVAL TAPE.....	645, 785
644, 784	OPTIUM TEST.....	OVEGA-3.....	222
ONETOUCH VERIO HIGH	669, 785	OVIDREL.....	455
CONTROL.....	195	<i>oxaprozin</i> .....	127
644, 784	OPZELURA.....	<i>oxazepam</i> .....	389, 409
ONETOUCH VERIO MID	ORACIT.....	OXBRYTA.....	253
CONTROL.....	845	<i>oxcarbazepine</i> .....	369
645, 784	ORAFATE.....	OXERVATE.....	872
ONETOUCH VERIO	ORALAIR.....	OXIAICE.....	542
REFLECT.....	Oralone.....	OXIANUJO.....	520
645, 784	338	OXIANUJO (WITH	
ONETOUCH VERIO	ORALYTE.....	HYALURONATE).....	520
REFLECT METER.....	289	OXIATAR.....	553
645, 784	ORAMAGICRX.....	OXIAVAR.....	553
ONETOUCH VERIO TEST	ORAPEUTIC.....	OXIAVARRY.....	554
STRIPS.....	337	OXIAVARY.....	554
669, 784	ORAQIX.....	OXIAZAR.....	554
ONEVITE DAILY	ORAVIG.....	<i>oxiconazole</i> .....	538
MULTIVITAMIN.....	31	OXISTAT.....	538
294	ORAXINOL.....	OXTELLAR XR.....	370
ONEXTON.....	837	<i>oxybutynin chloride</i> .....	847
550	<i>oregano oil-flaxseed oil</i> .....	<i>oxycodone</i> .....	116
ONGENTYS.....	837	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	
386	ORENCIA.....	.....	120, 121, 131, 132
ON-GO COVID-19 AG AT	ORENCIA CLICKJECT.....	OXYCONTIN.....	116
HOME TEST.....	136	<i>oxymorphone</i> .....	116, 117
567, 784	ORENCIA CLICJECT.....	OXYTROL.....	848
ON-THE-GO LANCETS	197	OYSTER SHELL CALCIUM	
.....	196	500.....	268
645, 784	ORENITRAM MONTH 1		
ONUREG.....	TITRATION KT.....		
152	196		
ONZDEAXIADEMTAR.....	ORENITRAM MONTH 2		
552	TITRATION KT.....		
ONZDEAXIADEMVAR.....	196		
552	ORENITRAM MONTH 3		
ONZDEAXIATAR.....	TITRATION KT.....		
553	197		
ONZDEAXIAVAR.....	ORFADIN.....		
553	855		
ONZDEAXIAZAR.....	ORGANIC NIPPLE BALM... 525		
553	ORGGOVYX.....		
ONZDEOXIA.....	164		
550	ORIAHNN.....		
ONZETRA XSAIL.....	462		
422	ORILISSA.....		
OPCICON ONE-STEP 175, 176	463		
OPFOLDA.....	97		
853	ORKAMBI.....		
OPILL.....	229		
177	ORLADEYO.....		
<i>opium tincture</i> .....	697		
36, 40	Ormalvi.....		
OPSUMIT.....	699		
223	<i>orphenadrine citrate</i> .....		
OPSYNVI.....	698		
196	<i>orphenadrine-asa-caffeine</i> ... 698		

OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3.....	291	PARI TREK S COMBO PACK.....	681, 786	<i>pen needle, diabetic, safety</i> .....	610, 787
OZEMPIC.....	442	PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR.....	681, 786	PENBRAYA (PF).....	325
Pacerone.....	202	PARI TREK S PORTABLE PWR KIT.....	681, 786	<i> penciclovir</i> .....	475
PACNEX HP.....	555	<i> paricalcitol</i> .....	854	<i> penicillamine</i> .....	135, 192, 193
PACNEX LP.....	555	<i> paromomycin</i> .....	3	<i> penicillin v potassium</i> .....	29
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	504	<i> paroxetine hcl</i> .....	410	PENNSAID.....	490
PAIN EASE MIST SPRAY...	504	<i> paroxetine mesylate(menop.sym)</i> .....	458	<i> pentamidine</i> .....	33
PAINGO KFT.....	547	PASER.....	3	PENTASA.....	34
PALFORZIA (LEVEL 1).....	330	PAXLOVID.....	30	<i> pentazocine-naloxone</i> .....	137
PALFORZIA (LEVEL 2).....	331	<i> pazopanib</i> .....	160	PENTIPS.....	610, 787
PALFORZIA (LEVEL 3).....	331	PCCA ACCUPEN-15...	564, 786	<i> pentoxifylline</i> .....	253
PALFORZIA (LEVEL 4).....	331	PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS.....	689	PEPCIX.....	286
PALFORZIA (LEVEL 5).....	331	PEAK AIR PEAK FLOW METER.....	662, 786	PEPTAMEN JUNIOR PHGG.....	299
PALFORZIA (LEVEL 6).....	331	<i> pedi multivit no.194-iron sulf</i> .....	320	Percocet.....	121, 132
PALFORZIA (LEVEL 7).....	331	PEDIALYTE SPARKLING RUSH.....	289	<i> perindopril erbumine</i> .....	230
PALFORZIA (LEVEL 8).....	331	PEDIATRIC BEAR NEBULIZER.....	681, 786	Periogard.....	340
PALFORZIA (LEVEL 9).....	331	PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB.....	681, 786	<i> permethrin</i> .....	473
PALFORZIA (LEVEL 10).....	331	PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER.....	681, 786	<i> perphenazine</i> .....	361
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE).....	331	PEDIATRIC DOG NEBULIZER.....	681, 786	<i> perphenazine-amitriptyline..</i>	378
PALFORZIA INITIAL DOSE	331	PEDIATRIC D-VITE.....	257	PERSONAL BEST FULL RANGE.....	662, 787
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE.....	331	PEDIATRIC ELECTROLYTE.....	289	PERSONAL BEST LOW RANGE.....	662, 787
<i> paliperidone</i> .....	395	PEDIATRIC FROG NEBULIZER.....	681, 786	PERTZYE.....	63
PALYNZIQ.....	853	<i> pediatric multivitamin no.171</i> .....	272	PETROLEUM GAUZE.....	658, 787
PANCREAZE.....	63	PEDIATRIC POLY-VITE.....	272	PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)PF.....	333
PANDEL.....	518	PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON.....	320	PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)PF.....	333
PANRETIN.....	531	PEDIATRIC TRI-VITE.....	272	PFLEX INSPIRATORY TRAINER.....	681, 787
<i> pantethine</i> .....	280	<i> peg 3350-electrolytes</i> .....	55	PHARMABASE BARRIER...	527
<i> pantoprazole</i> .....	47	<i> peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i> .....	55	PHARMACIST CHOICE.....	669, 787
PANXYME PH.....	63	PEGASYS.....	26	PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS.....	645, 787
<i> papaverine</i> .....	232	<i> peg-electrolyte soln</i> .....	56	PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE.....	594, 787
PARADIGM RESERVOIR.....	610, 785	PEMAZYRE.....	154	PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK.....	595, 787
PARAGARD T 380A.....	191	PEN NEEDLE.....	610, 786	PHASEAL INFUSION ADAPTER.....	595, 788
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1.....	681, 785	<i> pen needle, diabetic</i> ....	610, 787	PHASEAL INFUSION CLAMP.....	595, 788
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2.....	681, 785			PHASEAL INJECTOR LUER.....	595, 788
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3.....	681, 785			PHASEAL INJECTOR LUER LOCK.....	595, 788
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET.....	569, 785				
PARI LC SPRINT SINUS.....	569, 786				
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM.....	681, 786				



PHASEAL PROTECTOR .....595, 788	<i>pioglitazone</i> ..... 450	POLY-VI-FLOR DROPS.....273
PHASEAL SECONDARY SET.....570, 788	<i>pioglitazone-glimepiride</i> .....441	POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN)..... 273
PHASEAL Y-SITE..... 570, 788	<i>pioglitazone-metformin</i> ..... 441	POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO)..... 273
PHEBURANE..... 855	PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR.....645, 788	POLY-VI-FLOR W- IRON(ARCOFOLIN)..... 274
PHEDRAX..... 500	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP..... 670, 788	POLY-VITA DROPS..... 272
<i>phenazopyridine</i> ..... 843	PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2.....645, 788	POLY-VITA WITH IRON.....320
<i>phenelzine</i> ..... 396	PIP LANCET.....645, 788	POMALYST..... 170
PHENEX-1.....287, 296	PIP PEN NEEDLE..... 610, 788	PONVORY.....469
PHENEX-2.....297	PIQRAY..... 157	PONVORY 14-DAY STARTER PACK..... 469
<i>phenobarb-hyoscy-atropine- scop</i> ..... 42	<i>pirfenidone</i> .....88	POPULUS COMPOSITUM..342
<i>phenobarbital</i> .....365, 408	<i>piroxicam</i> ..... 127	PORTABLE NEBULIZER SYSTEM.....681, 789
PHENOHYTRO..... 42	PIVOT SILVER ALGINATE. 483	Portia 28..... 185
<i>phenol</i> .....692	PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT..... 567, 788	<i>posaconazole</i> ..... 14
<i>phenoxybenzamine</i> ..... 230	PLANTAGO-HOMACCORD 342	<i>potassium chloride</i> .....292
<i>phenylephrine hcl</i> ..... 871	PLATINUM GLUCOSE METER.....645, 788	<i>potassium citrate</i> ..... 292, 845
<i>phenyleph-tropicamide in water</i> .....860	PLATINUM TEST STRIP .....670, 789	<i>potassium citrate-citric acid</i> . 845
<i>phenytoin</i> ..... 372, 373	PLEGRIDY..... 468	<i>potassium gluconate</i> .....292
<i>phenytoin sodium extended</i> .373	PLENVU..... 56	<i>potassium iodide</i> .....272
PHEODOYO.....497	PLEXION NS..... 498	<i>potassium, sodium phosphates</i> ..... 296
PHEOXIA.....500	PMS SOOTHE.....837	<i>povidone-iodine</i> ..... 859
PHEXXI..... 189	PNEUMOVAX-23..... 323	PR BENZOYL PEROXIDE.. 555
PHEYO.....500	PNV TABS 20-1.....282	PR CREAM.....505
Philith..... 185	PNV-DHA..... 294	PR NATAL 400..... 262
PHLEXY-VITS..... 311	PNV-DHA + DOCUSATE... 262	PR NATAL 400 EC..... 262
PHOSPHALINE..... 197, 198	PNV-OMEGA.....311	PR NATAL 430..... 262
PHOSPHOLINE IODIDE.... 859	PNV-SELECT..... 262	PR NATAL 430 EC..... 262
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT..... 295	POCKET CHAMBER... 681, 789	PRADAXA..... 243
PHOTREXA.....863	POCKET PEAK FLOW METER..... 662, 789	PRAKETAMIDE..... 531
PHOTREXA CROSS- LINKING KIT.....863	PODOCON..... 486	<i>pralidoxime</i> ..... 194
PHOTREXA VISCOUS.....863	<i>podofilox</i> ..... 486	PRALUENT PEN..... 209, 210
PHYSIOLYTE..... 315	POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS....645, 789	<i>pramipexole</i> ..... 416
PHYSIOSOL IRRIGATION..315	POKONZA.....292	PRAMOSONE..... 532, 533
<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ..... 314, 315	POLY HUB NEEDLE... 587, 789	<i>prasterone (dhea)</i> ..... 829
PIFELTRO..... 3	Polycin.....861	<i>prasugrel</i> .....244
PIKO 1..... 662, 788	<i>polymyxin b sulf- trimethoprim</i> .....861	<i>pravastatin</i> ..... 206
PILLOW MASK CHILD 681, 788	<i>polysaccharide iron complex</i> .....277	<i>praziquantel</i> ..... 2
<i>pilocarpine hcl</i> .....338, 859	<i>polysorbate 80</i> ..... 688	<i>prazosin</i> ..... 231
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST..... 567, 788	POLY-TUSSIN AC.....92	PREBIOMAX..... 74
<i>pimecrolimus</i> ..... 521	POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN)..... 273	PREBIOTIC FIBER.....52
<i>pimozide</i> ..... 394		PREBIOTIC FIBER (FOS).....52
Pimtrea (28).....190		PREBIOTIC INULIN-FOS.....52
<i>pindolol</i> ..... 232		PRECISION.....645, 789
		PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN..... 645, 789

PRECISION	PRELIEF.....43	PRENATE DHA..... 294
GLUCOSE/KETONE	PREMARIN.....451, 694	PRENATE DHA (FERR ASP
CONTR.....645, 789	PREMIER BLU GLUCOSE	GLYCIN)..... 264
PRECISION PCX PLUS	METER..... 646, 789	PRENATE ELITE.....265
TEST..... 670, 789	PREMIER CLASSIC	PRENATE ELITE (IRON
PRECISION PCX TEST	GLUCOSE METER..... 646, 789	ASP GLYC)..... 265
.....670, 789	PREMIER COMPACT	PRENATE ENHANCE.....265
PRECISION POINT OF	GLUCOSE METER..... 646, 790	PRENATE ESSENTIAL.....294
CARE TEST..... 670, 789	PREMIER TEST STRIP	PRENATE
PRECISION Q-I-D TEST	.....670, 790	ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)
.....670, 789	PREMIER VOICE	..... 295
PRECISION XTRA	GLUCOSE METER..... 646, 790	PRENATE MINI (FERR ASP
KETONE-GLUCOSE... 660, 789	PREMIUM BLOOD	GLYCIN)..... 265
PRECISION XTRA	GLUCOSE MONITOR. 646, 790	PRENATE PIXIE..... 265
MONITOR.....645, 789	PREMIUM V10.... 646, 670, 790	PRENATE RESTORE..... 265
PRECISION XTRA TEST	PREMPHASE..... 445	PRENATE STAR.....265
.....670, 789	PREMPRO..... 445	PREPIDIL..... 449
PRED MILD..... 868	PRENA1 CHEW..... 263	PRESERA..... 525
<i>prednicarbate</i> .....518	PRENA1 PEARL..... 263	PRESERVISION AREDS 2
<i>prednisoln sp-moxiflox-</i>	PRENA1 TRUE..... 263	PLUS MV..... 312, 832
<i>bromfen</i> ..... 870	PRENAISSANCE..... 263	PRESERVISION AREDS-2. 832
<i>prednisolone</i> ..... 453	PRENAISSANCE PLUS..... 263	PRESSURE ACTIVATED
<i>prednisolone acetate</i> ..... 868	PRENATA.....263	LANCETS..... 646, 790
<i>prednisolone acetate (pf)</i> ..... 868	PRENATABS FA..... 263	PRESTALIA.....227
<i>prednisolone acetate-</i>	PRENATABS RX.....263	PRESTO PRO BLOOD
<i>bromfenac</i> .....871	PRENATAL 19.....263	GLUCOSE METER..... 646, 790
<i>prednisolone acetate-</i>	PRENATAL 19 (WITH	<i>pretomanid</i> .....23
<i>nepafenac</i> .....871	DOCUSATE)..... 263	Prevalite.....201
<i>prednisolone sod ph-bromf</i>	PRENATAL ESSENTIALS.. 264	PREVENT DROPSAFE PEN
<i>(pf)</i> ..... 871	PRENATAL GUMMIES	NEEDLE..... 611, 790
<i>prednisolone sod ph-</i>	(DHA-EPA)..... 312	PREVNAR 20 (PF)..... 323
<i>moxiflox</i> ..... 869	PRENATAL	PREVYMIS..... 1
<i>prednisolone sodium</i>	GUMMIES(ZINC CHELATE)	PREZCOBIX.....23, 27
<i>phosphate</i> .....454, 868	.....282	PREZISTA..... 27
<i>prednisolone-moxiflo-</i>	PRENATAL MULTI-	PRIFTIN.....21, 30
<i>nepafenac</i> .....870	DHA(WITH VIT K)..... 264	PRILO PATCH.....534
<i>prednisolone-moxifloxacin</i>	PRENATAL	PRIOLOSEC..... 47
<i>hcl</i> ..... 869	MULTIVITAMINS.....264	PRIMACARE..... 265
<i>prednisolone-moxiflox-</i>	PRENATAL PLUS..... 264	PRIMADOPHILUS BIFIDUS..74
<i>bromfen</i> ..... 870	PRENATAL PLUS	PRIMADOPHILUS
<i>prednisolon-moxiflox-</i>	(CALCIUM CARB)..... 264	ORIGINAL..... 74
<i>bromf(pf)</i> ..... 870	PRENATAL PLUS DHA.....264	<i>primaquine</i> ..... 15
<i>prednisone</i> .....454	PRENATAL PLUS VITAMIN-	PRIMEAIRE..... 682, 790
PREDNISONONE INTENSOL.. 454	MINERAL.....264	PRIMIDAR..... 74
<i>pregabalin</i>	PRENATAL VITAMIN..... 264	<i>primidone</i> .....366
352, 353, 359, 360, 366, 414,	PRENATAL VITAMIN PLUS	Primlev.....121, 132
419, 420	LOW IRON..... 264	PRIMSOL..... 4
PREGEN DHA.....262	PRENATAL-U.....294	PRIORIX (PF)
PREGNYL..... 455	PRENATE AM..... 294	..... 322, 326, 329, 330, 335
PREHEVBRIO (PF)..... 336	PRENATE CHEWABLE..... 294	

PRO COMFORT INSULIN	PROBIOTIC	PRODIGY MINI-MIST
SYRINGE..... 611, 790	DIGEST(L.RHAM,INULN)..... 77	NEBULIZER..... 569, 792
PRO COMFORT LANCET	PROBIOTIC	PRODIGY NO CODING
.....646, 790	DIGEST(LACTO,BIFIDO).....77	.....670, 792
PRO COMFORT PEN	PROBIOTIC DUO..... 77	PRODIGY POCKET METER
NEEDLE..... 611, 790	PROBIOTIC FORMULA	.....647, 792
PRO COMFORT SAFETY	(INULIN)..... 77	PRODIGY TWIST TOP
LANCET..... 646, 791	PROBIOTIC PEARLS	LANCET..... 647, 792
PRO COMFORT TENS	ACIDOPHILUS..... 77	PRODIGY VOICE
ELECTRODE.....560, 791	PROBIOTIC PEARLS	GLUCOSE METER..... 647, 792
PRO COMFORT TENS	WOMEN'S..... 77	PROFILNINE.....251
UNIT..... 560, 791	PROBIOTIC YEAST	PROFINAC.....490
PRO VOICE V8 GLUCOSE	SUPPORT..... 77	PROFOLA..... 312
MONITOR.....646, 791	PROBIOTIC-IMMUNE..... 78	<i>progesterone</i> ..... 446
PRO VOICE V8-V9 TEST	PROBIZEN..... 78	<i>progesterone micronized</i> ..... 446
STRIP..... 670, 791	PROCARE COMPRESSOR	PROGRAF.....348
PRO VOICE V9 GLUCOSE	NEBULIZER..... 682, 791	PROLASTIN-C..... 100
MONITOR.....646, 791	PROCARE PEDIATRIC	Prolate..... 121, 132
PROAIR DIGIHALER..... 98	NEBULIZER..... 682, 791	PROMACTA..... 236
PROAIR RESPICLICK..... 98	PROCARE SPACER WITH	PROMELLA..... 78
PROBACAP.....75	ADULT MASK.....682, 791	<i>promethazine</i> .38, 39, 82, 83, 85
<i>probenecid</i> .....839	PROCARE SPACER WITH	Promethazine Vc..... 84
<i>probenecid-colchicine</i> .....838	CHILD MASK.....682, 791	<i>promethazine-codeine</i> ..... 99
PROBICHEW..... 75	PROCEL SINGLES..... 288	<i>promethazine-dm</i> .....88
PROBIO DEFENSE.....75	PRO-CEPTION.....560, 791	Promethegan..... 39, 83, 85
PROBIOMAX 350 DF..... 75	PROCHAMBER.....682, 791	PROMISEB.....498, 525
PROBIOMAX COMPLETE	<i>prochlorperazine</i> ..... 38	PRONAL.....507
DF.....75	<i>prochlorperazine maleate</i>	PRONEB MAX
PROBIOMAX DAILY DF.....75	.....38, 361	COMPRESSOR-LC PLUS
PROBIOMAX DF..... 75	PROCORT.....471	.....682, 792
PROBIOMAX IG 26 DF..... 75	PROCRT..... 238	PRONEB MAX
PROBIOMAX LEAN DF.....75	PROCTOFOAM HC.....471	COMPRESSR-LC SPRINT
PROBIOMAX PLUS DF.....75	Procto-Med Hc.....470, 518	.....682, 792
PROBIOMAX SB DF..... 76	Proctosol Hc..... 470, 518	PRONEB ULTRA II FILTER
PROBIOMAX SERENITY..... 76	Proctozone-Hc.....470, 519	ASSEM..... 682, 792
PROBIONEXX.....76	PROCYSBI..... 843	PROOXIA..... 503
PROBIOTIC.....77	PRODIGY AUTOCODE	<i>propafenone</i> ..... 224
PROBIOTIC (B.	METER..... 646, 791	<i>proparacaine</i> .....872
COAGULANS).....76	PRODIGY AUTOCODE	PROPIMEX-2..... 296
PROBIOTIC (S.BOULARDII).76	MONITOR SYST..... 646, 791	<i>propranolol</i> .....226
PROBIOTIC (WITH	PRODIGY CONTROL	<i>propranolol-</i>
VITAMIN D3)..... 76	SOLUTION, LOW..... 646, 791	<i>hydrochlorothiazid</i> ..... 213
PROBIOTIC	PRODIGY CONTROL	<i>propylthiouracil</i> ..... 430
ACIDOPHILUS(14-STRN).....76	SOLUTION,HIGH..... 647, 792	PROSILK..... 685, 792
PROBIOTIC COLON	PRODIGY INSULIN	PROSILK GEL.....505
SUPPORT..... 76	SYRINGE..... 611, 792	PROSOURCE..... 288
PROBIOTIC DIGEST SUPP	PRODIGY LANCETS.. 647, 792	PROTECT IRON LIQUID.... 278
(4-STRN)..... 76	PRODIGY LANCING	PROTHELIAL..... 339
PROBIOTIC DIGEST SUPP	DEVICE..... 647, 792	<i>protriptyline</i> .....394
(6-STRN)..... 77		PROTYL AG..... 483



PROVENT.....	682, 792	Q-CARE RX Q2.....	684	RANGER READY	
PROVENT STARTER.	682, 793	Q-CARE RX Q4.....	684	REPELLENT.....	528
PROVIDA OB.....	265	QELBREE.....	427, 428	<i>ranolazine</i> .....	225
PROVIMIN.....	299	QINLOCK.....	160	RAPID SARS-COV-2 AG	
PROVISC.....	864	QNASL.....	95	HOME TEST.....	567, 794
PROXIVOL.....	496	QTERN.....	447	RAPPORT VACUUM	
PRUCLAIR.....	525	QUAKE VIBRATORY PEP		THERAPY.....	655, 794
PRUMYX.....	525	.....	683, 793	<i>rasagiline</i> .....	389
PS1 ACIURGY PACK.....	479	<i>quazepam</i> .....	389, 408	RASUVO (PF).....	139, 140
PS2 ACIURGY PACK.....	479	<i>quercetin</i> .....	314	RATE FLOW REGULATOR	
PSORINOHEEL.....	342	<i>quetiapine</i> .....	354, 385	IV SET.....	570, 794
<i>psyllium husk</i> .....	52	QUICKVUE AT-HOME		RAVICTI.....	855
<i>psyllium husk (with sugar)</i> .....	52	COVID-19 TEST.....	567, 794	RAYALDEE.....	854
<i>pterostilbene</i> .....	837	QUICKVUE SARS		RAYASAL.....	486
PTS COLLECT CAPILLARY		ANTIGEN.....	567, 794	RAYASORE KIT.....	479
TUBE.....	560, 793	QUIDROXZAR.....	485	RAYOS.....	454
PTS PANELS EGLU TEST		QUIHOXAXIA.....	485	REBIF (WITH ALBUMIN)....	468
STRIP.....	670, 793	QUIHOXVAR.....	485	REBIF REBIDOSE.....	468
PULMICORT FLEXHALER... 90		QUILLICHEW ER.....	402	REBIF TITRATION PACK... 468	
PULMO-AIDE		QUILLIVANT XR.....	403	REBINYN.....	251
COMPRESSOR.....	682, 793	<i>quinapril</i> .....	230	REBYOTA.....	33
PULMONEB LT		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		RECEDO.....	505
COMPRESSOR NEBUL		.....	228	Reclipsen (28).....	185
.....	682, 793	<i>quinidine gluconate</i> .....	219	RECOMBIMATE.....	249
PULMOZYME.....	101	<i>quinidine sulfate</i> .....	219	RECOMBIVAX HB (PF)	
PURACOL PLUS AG... 483, 793		<i>quinine sulfate</i> .....	15	.....	336, 337
PURATHICK.....	689	QUINIXIL.....	506	RECONSTITUBE.....	560, 794
PURE COMFORT		QUINJA.....	488	RECORLEV.....	447
LANCETS.....	647, 793	QUINTET AC.....	647, 670, 794	RECOTHROM.....	234
PURE COMFORT PEN		QUINTET BLOOD		RECOTHROM SPRAY KIT. 234	
NEEDLE.....	611, 793	GLUCOSE METER.....	647, 794	RECTIV.....	470
PURE COMFORT SAFETY		QUINTET GLUCOSE TEST		<i>red beet root-sour cherry ext</i>	
LANCETS.....	647, 793	STRIPS.....	670, 794	.....	837
PURE COMFORT SAFETY		QUIT 2.....	344	<i>red yeast rice</i> .....	837
PEN NEEDLE.....	611, 793	QUIT 4.....	344, 345	<i>red yeast rice extract</i> .....	837
PUREAIR MINI NEBULIZER		QULIPTA.....	417	REFUAH PLUS.....	670, 794
.....	682, 793	QUTENZA.....	474	REFUAH PLUS GLUCOSE	
PURECOMFORT PEAK		QUVIVIQ.....	387	CONTROL.....	647, 794
FLOW METER.....	662, 793	QVAR REDIHALER.....	90	REFUAH PLUS GLUCOSE	
PURELAN.....	508	<i>rabeprazole</i> .....	47	MONITOR.....	647, 794
PURIXAN.....	153	RADIAGEL.....	508	REGENECARE.....	496
PUSH BUTTON SAFETY		RADIAPLEXRX.....	505	REGENECARE WITH ALOE	
LANCETS.....	647, 793	RADICAVA ORS.....	696	.....	496
<i>pyrazinamide</i> .....	22	RADICAVA ORS STARTER		REGIOCIT (EUA).....	250
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	696	KIT SUSP.....	697	REGRANEX.....	474
<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> .....	280	RADIOGARDASE.....	194, 195	REGULOID (ASPARTAME).. 52	
<i>pyrimethamine</i> .....	15	RAGWITEK.....	325	REGULOID (PSYLLIUM	
PYRUKYND.....	252	<i>raloxifene</i> .....	449	HUSK).....	52
QBRELIS.....	230	<i>ramelteon</i> .....	411	REGULOID (PSYLLIUM	
QBREXZA.....	489	<i>ramipril</i> .....	230	HUSK-SUCRO).....	52

REGULORA IBS DIGITAL	REPLICARE DRESSING	RIGHTEST GC700 LEV 2
APP ..... 568, 794	..... 483, 795	CTRL SOLN..... 648, 796
REJUVAFLOR..... 78	REPLICARE THIN..... 483, 795	RIGHTEST GD500
RELAFEN DS..... 128	REPLICARE ULTRA	LANCING DEVICE..... 648, 796
RELAGARD..... 696	DRESSING..... 483, 795	RIGHTEST GL300
RELAX NIGHT CALM..... 412	REPOZEN SLEEP AID..... 412	LANCETS..... 648, 796
RELENZA DISKHALER..... 25	RESISTANCE FORMULA	RIGHTEST GM250S
RELEUKO..... 237	PROBIOTIC..... 78	GLUCOSE METER..... 648, 796
RELEXXII..... 403, 404	RESPA-AR..... 84	RIGHTEST GM260
RELIAMED LANCET... 647, 794	RESTASIS..... 868	GLUCOSE METER..... 648, 796
RELIAMED MINI LANCING	RESTASIS MULTIDOSE.... 868	RIGHTEST GM550
DEVICE..... 647, 794	RESTORE..... 484, 658, 795	SYSTEM..... 648, 796
RELIAMED SAFETY SEAL	RESTORE CALCIUM	RIGHTEST GM700SB
LANCETS..... 647, 795	ALGINATE..... 483	GLUCOSE METER..... 648, 796
RELIAMED TWIST AND	RESTORE FUSION RENAL	RIGHTEST GS250S TEST
CAP LANCET..... 647, 795	SUPPORT..... 299	STRIPS..... 671, 796
RELION ALL-IN-ONE	RESTORE RENAL	RIGHTEST GS260 TEST
METER..... 647, 795	SUPPORT..... 299	STRIPS..... 671, 796
RELION CONFIRM..... 648, 795	<i>resveratrol-ascorbic acid</i> .... 837	RIGHTEST GS550 TEST
RELION CONFIRM-MICRO	RETACRIT..... 239	STRIPS..... 671, 796
..... 670, 795	RETEVMO..... 166	RIGHTEST GS700 TEST
RELION MICRO GLUCOSE	RETIN-A MICRO PUMP..... 556	STRIP..... 671, 797
MONITOR..... 648, 795	REUSABLE NEBULIZER	RIGHTEST GT333
RELION PRIME METER	KIT..... 683, 795	GLUCOSE METER..... 648, 797
..... 648, 795	REVCOVI..... 192	RIGHTEST GT333 LEV 2
RELION PRIME TEST	REVEAL BLOOD	CTRL SOLN..... 649, 797
STRIPS..... 670, 795	GLUCOSE METER..... 648, 796	RIGHTEST GT333 TEST
RELION ULTIMA..... 670, 795	REVEAL TEST STRIP..... 670, 796	STRIP..... 671, 797
RELISTOR..... 193, 194	REVITAFLO..... 78	RIGHTEST MAX PLUS
RELIZORB..... 595, 795	REXULTI..... 385	GLUCOSE MTR..... 649, 797
RELTONE..... 37	REYATAZ..... 27	RIGHTEST MAX TEST
REMEDIENT..... 312	REYVOW..... 417	STRIP..... 671, 797
REMIFEMIN MENOPAUSE 837	REZDIFFRA..... 105	<i>riluzole</i> ..... 700
RENACARB..... 268	REZLIDHIA..... 157	<i>rimantadine</i> ..... 27
RENACIDIN..... 844	REZUROCK..... 135	<i>ringer's</i> ..... 315
RENAMENT..... 299	REZVOGLAR KWIKPEN.... 434	RINVOQ..... 35, 133, 484
RENEEL..... 342	RHOFADE..... 530	RIOMET ER..... 437
<i>repaglinide</i> ..... 433	RHOPRESSA..... 874	<i>risedronate</i> ..... 448
REPATHA PUSHTRONEX	<i>ribavirin</i> ..... 3, 26	<i>risperidone</i> ..... 354, 395
..... 209, 210	<i>riboflavin (vitamin b2)</i> ..... 280	RITEFLO AEROCHAMBER
REPATHA SURECLICK	<i>ribose</i> ..... 297	..... 683, 797
..... 209, 211	RIDAURA..... 136	<i>ritonavir</i> ..... 27
REPATHA SYRINGE.. 210, 211	<i>rifabutin</i> ..... 21, 30	<i>rivastigmine</i> ..... 841
REPEL..... 528	<i>rifampin</i> ..... 21, 30	<i>rivastigmine tartrate</i> ..... 841
REPEL SPORTSMEN..... 528	RIGHTEST CONTROL	RIVELSA..... 175
REPHRESH PRO-B..... 78	SOLUTION HIGH..... 648, 796	RIVFLOZA..... 851
REPLENS EXTERNAL	RIGHTEST CONTROL	RIXUBIS..... 251
COMFORT..... 695	SOLUTION NORM..... 648, 796	<i>rizatriptan</i> ..... 422
	RIGHTEST GC250S CNTRL	<i>r-lipoic acid-biotin</i> ..... 832
	SOL NORM..... 648, 796	R-NATAL OB..... 265

ROAOXIA.....	544	SAFETY-LET LANCETS		SECURES SAFE PEN	
ROBINSON CLEAR VINYL		.....	649, 798	NEEDLE.....	612, 799
CATHETER.....	593, 797	SAIZEN SAIZENPREP.....	460	SEGLENTIS.....	122
ROCKLATAN.....	873	Sajazir.....	200	SEGLUROMET.....	440
<i>roflumilast</i> .....	90	SALICATE.....	486	SELECT-OB.....	266
ROLVEDON.....	237	<i>salicylic acid</i> .....	486, 487	SELECT-OB (FOLIC ACID).....	265
<i>ropinirole</i> .....	416	<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>		SELECT-OB + DHA.....	266
Rosadan.....	530	.....	487	<i>selegiline hcl</i> .....	389, 390
ROSADAN.....	530	SALIMEZ FORTE.....	487	<i>selenium</i> .....	292
ROSULA.....	550	SALIVAMAX.....	339	<i>selenium sulfide</i> .....	498
ROSULA CLEANSING		SALOXICIN.....	837	SELF-CATHETER, FEMALE	
CLOTHS.....	550	<i>salsalate</i> .....	124	.....	593, 799
<i>rosuvastatin</i> .....	207	SALVAX.....	487	SELZENTRY.....	29
ROSZET.....	224	SALVAX DUO PLUS.....	539	SEMGLEE(INSULIN	
ROTARIX.....	322, 330	SALYNTRA.....	487	GLARGINE-YFGN).....	434
ROTATEQ VACCINE..	322, 330	SAMBUCUS ELDERBERRY		SEMGLEE(INSULIN	
ROXYBOND.....	117	ORIGINAL.....	837	GLARG-YFGN)PEN.....	434
ROZLYTREK.....	160	SAMBUCUS ELDERBERRY		SE-NATAL 19 CHEWABLE.....	266
RUBBER MOUTHPIECE		VITAMIN C.....	282	SE-NATAL-19.....	266
.....	683, 797	SAMI THE SEAL.....	683, 799	SENIOR PROBIOTIC.....	78
RUBRACA.....	158	SAMI THE SEAL MASK		SENOKOT.....	81
RUCONEST.....	235	.....	683, 799	SENOKOT KIDS.....	80
<i>rufinamide</i> .....	372	SANADERMRX.....	506	SENOKOT-CHAMOMILE.....	81
RUKOBIA.....	17	SANCUSO.....	48	SEREVENT DISKUS.....	98
RYALTRIS.....	83	SANDIMMUNE.....	131, 348	SERNIVO.....	519
RYBELSUS.....	442	SANTYL.....	508	SEROQUEL XR.....	385
RYDAPT.....	160	<i>sapropterin</i> .....	853	SEROSTIM.....	460
RYDEX.....	93	SAROXIA.....	554	<i>sertraline</i> .....	410
RYLAZE.....	168	SAVAYSA.....	246	<i>sesame oil</i> .....	689
RYNODERM.....	486	SAVELLA.....	350, 392, 393	Setlakin.....	185
RYPLAZIM.....	252	<i>saw palmetto</i> .....	837	<i>sevelamer carbonate</i> .....	850
RYTARY.....	415	SAWYER CONTROLLED		<i>sevelamer hcl</i> .....	850
SABAL-HOMACCORD.....	342	RELEASE.....	528	SEVENFACT.....	252
SABRIL.....	373	<i>saxagliptin</i> .....	463	<i>sevoflurane</i> .....	145
<i>saccharin</i> .....	279	<i>saxagliptin-metformin</i> .....	465	SEYSARA.....	11, 536
<i>saccharomyces boulardii</i> .....	78	SCALACORT DK.....	519	SF.....	341
<i>saccharomyces boulardii-</i>		SCARCARE.....	527, 685	SF 5000 PLUS.....	341
<i>yeast</i> .....	78	SCARCIN PAD PLUS..	685, 799	Sharobel.....	177
SAFESNAP INSULIN		SCARCINPAD.....	685, 799	<i>shilajit</i> .....	837
SYRINGE.....	611, 612, 797	SCARHEAL.....	685, 799	SHINGRIX (PF).....	329
SAFESNAP SYRINGE		SCARSILK.....	685, 799	SIDESTREAM.....	569, 799
.....	587, 588, 797, 798	SCARSILK GEL.....	505	SIDESTREAM MASK..	683, 799
SAFETY LANCETS.....	649, 798	SCSEMBLIX.....	161	SIDESTREAM NEBULIZER	
<i>safety needles</i> .....	588, 798	<i>schisandra</i> .....	837	.....	569, 799
SAFETY PEN NEEDLE		<i>scopolamine base</i> .....	48	SIDESTREAM PLUS..	569, 799
.....	612, 798	SEBUDERM.....	525	SIGNIFOR.....	444
SAFETY SEAL LANCETS		SECUADO.....	383	SIKLOS.....	253
.....	649, 798	SECURES SAFE INSULIN		SILADERM.....	685, 799
		SYRINGE.....	612, 799	SILADONE.....	686, 799

SILASTIC FOLEY	SLEEP SUPPORT	<i>sodium chloride 0.9 %</i>
CATHETER..... 593, 799	(MELATONIN-HERB)..... 412	.....283, 285, 287
<i>sildenafil</i>	SLEEP TONITE VALERIAN 829	<i>sodium chloride 0.9 %</i>
( <i>pulm.hypertension</i> )..... 198	SLEEP3..... 412	( <i>flush</i> ).....287
SILICONE MASK.....683, 799	SLOW FE..... 277	<i>sodium citrate</i> ..... 250
SILICONE MASK - INFANT	SLOW RELEASE IRON..... 277	<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i> .250
..... 683, 800	SLOWMAG MG CALM-	<i>sodium citrate-citric acid</i> ..... 845
SILIGENTLE AG.....484	SLEEP..... 412, 829	SODIUM FLUORIDE 5000
SILINOIN..... 686, 800	SLOWMAG MUSCLE	DRY MOUTH.....341
SILIQ..... 478	RECOVERY..... 271	SODIUM FLUORIDE 5000
SIL-K.....686, 800	SLYND.....177	PLUS..... 341
<i>silodosin</i> .....843	SMART SENSE LANCETS	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ... 341
SILTREX.....686, 800	..... 649, 800	<i>sodium iodide-123</i> ..... 470
SILVASORB..... 484	SMART SENSE	<i>sodium iodide-131</i> ..... 470
<i>silver nitrate</i> ..... 497, 498	MONITORING SYSTEM	<i>sodium oxybate</i> ..... 358
<i>silver nitrate applicators</i> .....539	..... 649, 800	<i>sodium phenylbutyrate</i> ..... 855
<i>silver sulfadiazine</i> ..... 526	SMART SENSE TEST	<i>sodium polystyrene</i>
SILVRSTAT.....498	STRIPS.....671, 800	<i>sulfonate</i> ..... 300
SIMBRINZA..... 859	SMARTDIABETES	<i>sodium succinate</i> .....690
SIMILAC PROBIOTIC TRI-	VANTAGE..... 649, 800	<i>sodium,potassium,mag</i>
BLEND.....78	SMARTEST CONTROL	<i>sulfates</i> ..... 56
SIMLANDI(CF)	..... 649, 800	SOFIA SARS ANTIGEN FIA
AUTOINJECTOR...61, 110, 145	SMARTEST EJECT....649, 800	.....567, 801
Simliya (28).....191	SMARTEST LANCET..649, 800	SOFIA2 FLU-SARS
Simpesse..... 191	SMARTEST PERSONA	ANTIGEN FIA..... 567, 801
SIMPLY SALINE WOUND	GLUCOSE METER..... 649, 800	SOFT TOUCH LANCETS
WASH.....480	SMARTEST PERSONA	..... 650, 801
SIMPLYTHICK.....689	STARTER.....649, 801	SOGROYA..... 460
SIMPONI..... 61, 111, 145	SMARTEST PRONTO	SOHONOS..... 696
SIMPONI ARIA..... 111, 145	GLUCOSE METER..... 649, 801	<i>solifenacin</i> .....846
<i>simvastatin</i> .....207	SMARTEST PRONTO	SOLQUA 100/33.....442
SINGLE-LET.....649, 800	STARTER.....649, 801	SOLOSEC..... 16
SINUSTAR NEBULIZER	SMARTEST PROTEGE	SOLOX GEL..... 498
.....569, 800	..... 649, 801	SOLTAMOX.....174
SINUVA..... 82, 97	SMARTEST SMART CODE	SOLU-CORTEF..... 454
<i>sirolimus</i> ..... 348	METER..... 650, 801	SOLU-CORTEF ACT-O-
SIRTURO..... 14	SMARTEST TALKING	VIAL (PF).....454
<i>sitagliptin</i> .....464	METER..... 650, 801	SOLUPAK.....547
SIVEXTRO..... 6	SMARTEST TEST.....671, 801	SOLUS V2 AUDIBLE
SKARLITE..... 686, 800	SMARTNEB	METER..... 650, 801
SKY SAFETY PEN NEEDLE	COMPRESSOR	SOLUS V2 CONTROL
..... 612, 800	NEBULIZER..... 683, 801	SOLUTION, LOW..... 650, 801
SKYCLARYS..... 696	SMOOTH TEXTURE FIBER. 52	SOLUS V2 CONTROL
SKYLA..... 189	SOAANZ.....200	SOLUTION,HIGH..... 650, 801
SKYRIZI.....54, 472	<i>sodium chlor 0.9%</i>	SOLUS V2 LANCETS. 650, 801
SKYTROFA..... 460	<i>bacteriostat</i> ..... 285, 287	SOLUS V2 LANCING
SLEEP CALM..... 412	<i>sodium chloride</i>	DEVICE..... 650, 801
SLEEP IMMUNE HEALTH.. 412	..... 285, 289, 290, 315, 531, 688	SOLUS V2 TEST STRIPS
SLEEP OPTIMIZER..... 412	<i>sodium chloride 0.45 %</i> ..... 283	..... 671, 801
		SOMAVERT..... 439



SONAFINE.....	525	SPRAVATO.....	377	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	542
SOOLANTRA.....	530	SPRAY AND STRETCH.....	504	<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	550, 551
SOOTHENEB		Sprintec (28).....	185	<i>sulfacetamide sod-sulfur-</i>	
COMPRESSOR		SPRITAM.....	407	<i>urea.....</i>	531, 551
NEBULIZER.....	683, 802	SPRIX.....	128	<i>sulfacetamide-prednisolone.</i>	869
SOOTHENEB MESH		SPRYCEL.....	161	SULFACLEANSE 8-4.....	551
NEBULIZER.....	569, 802	Sps (With Sorbitol).....	300	<i>sulfadiazine.....</i>	7
SOOTHING NIGHT.....	413	SPS (WITH SORBITOL).....	300	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SOPORDREN.....	413	Sronyx.....	185	<i>trimethoprim.....</i>	4
<i>sorafenib</i> .....	171	SSD.....	526	SULFAMYLON.....	526
<i>sorbitol</i> .....	81, 688, 844	SSKI.....	272	<i>sulfasalazine.....</i>	34, 135
<i>sorbitol-mannitol</i> .....	844	SSS 10-5.....	550	SULFATRIM.....	4
SORILUX.....	493	ST JOSEPH ASPIRIN. 124, 245		<i>sulindac.....</i>	128
<i>sotalol</i> .....	223, 226	<i>st. john's wort</i> .....	826	SUMADAN.....	551
Sotalol Af.....	223, 226	ST. JOSEPH ASPIRIN 124, 245		SUMADAN XLT.....	531, 551
SOTYKTU.....	476	<i>stavudine</i> .....	19	<i>sumatriptan.....</i>	422
SOTYLIZE.....	223, 226	STEGLATRO.....	439	<i>sumatriptan succinate..</i>	422, 423
SOVALDI.....	4	STEGLUJAN.....	447	<i>sumatriptan-naproxen.....</i>	421
SOVUNA.....	15, 131	STELARA.....	35, 472	SUMAXIN CP.....	551
SPACE CHAMBER.....	683, 802	STERILANCE TL.....	650, 802	<i>sunitinib malate.....</i>	161
SPACE CHAMBER WITH		STERILE HYDROGEL FOR		SUNLENCA.....	1
LARGE MASK.....	683, 802	JELMYTO.....	285	SUNOSI.....	356
SPACE CHAMBER WITH		STIMUFEND.....	237	SUNRISE COMPRESSOR-	
MEDIUM MASK.....	683, 802	STIOLTO RESPIMAT.....	103	NEBULIZER.....	683, 802
SPACE CHAMBER WITH		STIVARGA.....	171	SUPARTZ FX.....	701
SMALL MASK.....	683, 802	STOP SMOKING AID.....	345	SUPER B-50 COMPLEX.....	255
SPECTRAGEL.....	484, 802	STRATACTX.....	484, 802	SUPER THIN LANCETS	
SPECTRAVITE ADULT.....	295	STRATAGRT.....	484, 802	.....	650, 802
SPECTRAVITE ADULT 50		STRATAMARK.....	527	SUPERIOR JOINT	
PLUS.....	312	STRATATRIZ.....	527	SUPPORT.....	828
SPECTRAVITE MEN 50		STRATAXRT.....	484, 802	SUPERIOR MEN'S MULTI..	312
PLUS.....	312	STRAVIX.....	476	SUPERIOR OMEGA3 WITH	
SPECTRAVITE MEN'S.....	312	STRENSIQ.....	192	VIT D.....	222
SPECTRAVITE WOMEN....	295	STRIBILD.....	28	SUPERIOR PROBIOTIC.....	78
SPECTRAVITE WOMEN 50		STRIVE PEAK FLOW		SUPERIOR SLEEP.....	413
PLUS.....	312	METER.....	663, 802	SUPERIOR WOMEN'S	
SPEEDICATH (FEMALE)		STRIVERDI RESPIMAT.....	83	MULTI.....	312
.....	593, 802	STRONG IODINE.....	272, 693	SUPLENA CARB STEADY.	299
SPEEDYSWAB COVID-19		Subvenite.....	368	SUPPOSITORY SHELL,	
HOME TEST.....	567, 802	Subvenite Starter (Blue) Kit		SMALL.....	560, 802
SPEVIGO.....	476	.....	356, 368	SUPRANE.....	145
SPIKEVAX 2023-2024(12Y		Subvenite Starter (Green)		SURE COMFORT INS.	
UP)(PF).....	333	Kit.....	356, 368	SYR. U-100.....	612, 802
<i>spinosad</i> .....	473	Subvenite Starter (Orange)		SURE COMFORT INSULIN	
SPIRIVA RESPIMAT.....	87	Kit.....	356, 368	SYRINGE.....	612, 613, 803
SPIRIVA WITH		SUCRAID.....	44	SURE COMFORT	
HANDIHALER.....	87	<i>sucralfate</i> .....	81	LANCETS.....	650, 803
<i>spironolactone</i> .....	218, 229	SUFLAVE.....	56		
<i>spironolacton-</i>		<i>sulconazole</i> .....	538		
<i>hydrochlorothiaz</i> .....	218	<i>sulfacetamide sodium..</i>	499, 876		

SURE COMFORT LANCING PEN.....	650, 803	SYNOVX CALM.....	829	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	198
SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	613, 803	SYNOVX DJD.....	828	TADLIQ.....	198
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	613, 803	SYNOVX RECOVERY.....	828	TAFINLAR.....	162
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK.....	544	SYNOVX RELIEF.....	837	<i>tafluprost (pf)</i> .....	874
SURE-FINE PEN NEEDLES.....	613, 803	SYNVISC.....	701	TAGRISSE.....	169
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS.....	650, 803	SYNVISC-ONE.....	701	TAKE ACTION.....	175, 176
SUREFLEX LANCING DEVICE.....	650, 803	<i>syringe (disposable)</i> ....	589, 805	TAKHZYRO.....	229
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	613, 804	SYRINGE 3CC/20GX1".....	589, 805	TALICIA.....	49
SURE-LANCE.....	650, 804	SYRINGE 3CC/21GX1".....	589, 805	TALTZ AUTOINJECTOR.....	478
SURE-LANCE ULTRA THIN.....	650, 804	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2".....	589, 805	TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK).....	478
SURE-PEN LANCING DEVICE.....	650, 804	SYRINGE 3CC/22GX1".....	589, 805	TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK).....	478
SURE-TEST EASYPLUS MINI.....	651, 671, 804	SYRINGE 3CC/22GX3/4".....	589, 805	TALTZ SYRINGE.....	478
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER.....	650, 804	SYRINGE 3CC/25GX1".....	590, 806	TALZENNA.....	158
SURE-TOUCH LANCET.....	651, 804	SYRINGE AVITENE.....	234	<i>tamoxifen</i> .....	174
SURGIFLO.....	234	<i>syringe with needle</i> .....	590, 806	<i>tamsulosin</i> .....	843
SURGUARD2 SAFETY.....	588, 589, 804, 805	<i>syringe with needle, safety</i>	590, 806	TANDEM MOBI SYSTEM.....	659, 806
SURVANTA.....	100	SYRINGE WITHOUT NEEDLE.....	590, 806	Taperdex.....	454
SUTAB.....	57	SYRPALTA VEHICLE.....	688	TAPERDEX.....	454
SWEET CHEEKS.....	432	SYZYGIIUM COMPOSITUM.....	342	TARDEOXIA.....	553
Syeda.....	185	SZOSIL.....	686, 806	TARDIMAXIA.....	554
SYMAX DUOTAB.....	44, 847	T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING.....	560, 661, 806	Tarina 24 Fe.....	185
SYMDEKO.....	97	T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG.....	661, 806	Tarina Fe 1/20 (28).....	185
SYMJEPI.....	231	T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR.....	661, 806	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	185
SYMLINPEN 120.....	441	T.R.U.E. TEST ALLERGEN.....	332	TARON-C DHA.....	313
SYMLINPEN 60.....	441	T:FLEX.....	560, 806	TARON-PREX PRENATAL-DHA.....	266, 295
SYMPAZAN.....	389, 390	T:SLIM X2.....	560, 806	TAROXIA.....	554
SYMPROIC.....	194	T:SLIM X2 BASAL-IQ.....	659, 806	TARPEYO.....	455
SYMTUZA.....	16	INSULIN PMP.....	659, 806	TASCENSO ODT.....	469
SYNALAR CREAM KIT.....	507	T:SLIM X2 CONTROL-IQ.....	659, 806	TASIGNA.....	161
SYNALAR OINTMENT KIT.....	507	TAB-A-VITE.....	295	<i>tasimelteon</i> .....	411
SYNALAR TS.....	477	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON.....	295, 313	<i>taurine</i> .....	258
SYNAREL.....	460	TABLOID.....	153	<i>tavaborole</i> .....	525
SYNDROS.....	39, 360, 852	TABRECTA.....	161	TAVALISSE.....	253
SYNJARDY.....	440	TACHOSIL.....	242	TAVNEOS.....	130
SYNJARDY XR.....	440	<i>tacrolimus</i> .....	348, 521	<i>tazarotene</i> .....	493, 528, 556
SYNOJOYNT.....	701	<i>tadalafil</i> .....	429, 852	TAZORAC.....	493
				Taztia Xt.....	214
				TAZVERIK.....	165
				TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR.....	651, 806
				TD GOLD LEVEL 1 CONTROL.....	651, 807
				TD GOLD LEVEL 2 CONTROL.....	651, 807

TD GOLD LEVEL 3	<i>teriflunomide</i> .....	467	THROMBI-GEL.....	234
CONTROL.....	<i>teriparatide</i> .....	431	THROMBIN-JMI.....	234
651, 807	Terrell.....	145	THROMBI-PAD.....	235
TD GOLD TEST STRIP	TERSIFOAM.....	499	THYQUIDITY.....	457
.....	TERUMO ALLERGY		<i>thyroid (pork)</i> .....	456
671, 807	SYRINGE.....	590, 808	Tiadyt Er.....	214
TD GOLD VOICE	TERUMO HYPODERMIC		<i>tiagabine</i> .....	382
GLUCOSE MONITOR. 651, 807	NEEDLE/SYRIN.....	590, 808	TIBSOVO.....	157
TDVAX.....	TERUMO INSULIN		TICANASE.....	95
327	SYRINGE.....	614, 808, 809	TIGLUTIK.....	700
TECHLITE INSULIN	TERUMO SYRINGE....	590, 809	Tilia Fe.....	187
SYRINGE.....	TEST N'GO BLOOD		<i>timolol maleate</i> .....	227, 863
613, 807	GLUCOSE SYSTEM... 651, 809		<i>timolol maleate (pf)</i> .....	863
TECHLITE INSULN	TEST N'GO TEST.....	671, 809	<i>tinidazole</i> .....	16
SYR(HALF UNIT).....	TESTOPLEX PLUS.....	838	<i>tiopronin</i> .....	844
614, 807	<i>testosterone</i> .....	438	TIROSINT.....	457
TECHLITE LANCETS.. 651, 807	<i>testosterone cypionate</i> .....	438	TIROSINT-SOL.....	457
TECHLITE PEN NEEDLE	<i>testosterone enanthate</i> .....	438	TISSEEL VHSD	
.....	TETOXIA.....	504	(APROTININ, SYN)....	485, 486
614, 807	<i>tetrabenazine</i> .....	419, 427	TIS-U-SOL PENTALYTE....	315
TECHLITE PLUS PEN	<i>tetracaine hcl</i> .....	872	TIVICAY.....	21
NEEDLE.....	<i>tetracaine hcl (pf)</i> .....	872	TIVICAY PD.....	21
614, 807	<i>tetracycline</i> .....	11	TIVORBEX.....	129
TECHNA NAT UNSWT	TEXACORT.....	519	<i>tizanidine</i> .....	699, 700
TROCHE BASEG2.....	TEZSPIRE.....	91	TLANDO.....	438
687, 690	THALITONE.....	219	TM-VITE RX.....	255
TEGLUTIK.....	THALOMID.....	25, 170	TOBI PODHALER.....	96
700	THEO-24.....	102	TOBRADEX.....	870
TEGSEDI.....	<i>theophylline</i> .....	102, 103	TOBRADEX ST.....	870
431	THERAHONEY.....	484, 809	<i>tobramycin</i> .....	96, 857
TELCARE CONTROL. 651, 807	THERAPEUTIC		<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	96
TELCARE LANCETS.. 651, 808	MOISTURIZING CREAM....	525	<i>tobramycin with nebulizer</i> .....	96
TELCARE TEST STRIPS	THERAPEUTIC-M.....	313	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	870
.....	THERA-VITE MAX-M.....	313	<i>tobramycin-vancomycin</i>	
671, 808	THEREMS MULTIVITAMIN.295		.....	857, 858, 861
<i>telmisartan</i> .....	<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> .....	280	TOBREX.....	857
202	<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>		TOLAK.....	533
<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	.....	280	<i>tolcapone</i> .....	386
225	THICK AND EASY.....	689	<i>tolmetin</i> .....	128
<i>telmisartan-</i>	THIN LANCETS.....	651, 809	TOLSURA.....	14
<i>hydrochlorothiazid</i> .....	THINPRO INSULIN		<i>tolterodine</i> .....	848
216	SYRINGE.....	614, 615, 809	<i>tolvaptan</i> .....	218
<i>temazepam</i> .....	THIOLA EC.....	844	TOOMEY SYRINGE....	590, 809
389, 408	<i>thioridazine</i> .....	361	TOPCARE CLICKFINE615, 810	
TEMBEXA.....	<i>thiothixene</i> .....	386	TOPCARE ULTRA	
2	THRESHOLD IMT TRAINER		COMFORT.....	615, 810
<i>temozolomide</i> .....	.....	683, 809	TOPCARE UNIVERSAL1	
150	THRESHOLD PEP DEVICE		LANCET.....	651, 810
TEMPO REFILL KIT WITH	.....	684, 809	<i>topiramate</i> .....	371
GAUZE.....	THRIVITE RX.....	266	<i>toremifene</i> .....	174
651, 808				
TEMPO SMART BUTTON				
.....				
560, 808				
TEMPO WELCOME KIT				
.....				
651, 808				
Tencon.....				
136				
TENIVAC (PF).....				
327				
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>				
.....				
18, 31				
TENS 502.....				
560, 808				
TENS 504.....				
560, 808				
TENSCARE ITOUCH SURE				
.....				
561, 808				
TEPMETKO.....				
161				
<i>terazosin</i> .....				
231				
<i>terbinafine hcl</i> .....				
14				
<i>terbutaline</i> .....				
99				
<i>terconazole</i> .....				
695				



TORONOVA II SUIK.....	128	TRI-CHLOR.....	487	TRUE COMFORT INSULIN	
TORONOVA SUIK.....	128	<i>trichloroacetic acid</i> .....	487	SYRINGE.....	615, 810
<i>torseamide</i> .....	200	TRICITRATES.....	845	TRUE COMFORT LANCET	
TOSYMRA.....	423	Triderm.....	519	.....	651, 810
TOTALVISC.....	864	<i>trientine</i> .....	193	TRUE COMFORT PEN	
TOUCH-TROL.....	593, 810	Tri-Estarylla.....	187	NEEDLE.....	615, 810
TOUJEO MAX U-300		TRIFERIC.....	277	TRUE COMFORT PRO INS	
SOLOSTAR.....	434	<i>trifluoperazine</i> .....	361	SYRINGE.....	615, 616, 811
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>trifluridine</i> .....	859	TRUE COMFORT SAFETY	
INSULIN.....	435	<i>trihexyphenidyl</i> .....	418	PEN NEEDLE.....	616, 811
TOVET KIT.....	507	TRIJARDY XR.....	458	TRUE COVER CONDOM	
TPOXX (NATIONAL		TRIKAFTA.....	97	.....	562, 811
STOCKPILE).....	2	Tri-Legest Fe.....	187	TRUE METRIX AIR	
TRACLEER.....	223	Tri-Linyah.....	187	GLUCOSE METER.....	652, 811
TRADJENTA.....	464	TRILOAN II SUIK.....	455	TRUE METRIX GLUCOSE	
<i>tramadol</i> .....	117, 118	TRILOAN SUIK.....	455	METER.....	652, 811
<i>tramadol-acetaminophen</i>		Tri-Lo-Estarylla.....	187	TRUE METRIX GLUCOSE	
.....	122, 133	Tri-Lo-Marzia.....	187	TEST STRIP.....	671, 811
<i>trandolapril</i> .....	230	Tri-Lo-Mili.....	188	TRUE METRIX GO	
<i>trandolapril-verapamil</i> .....	227	Tri-Lo-Sprintec.....	188	GLUCOSE METER.....	652, 811
<i>tranexamic acid</i> .....	243	TRI-LUMA.....	503	TRUE METRIX LEVEL 1	
TRANSFER SET.....	570, 810	TRILURON.....	701	.....	652, 811
<i>tranylcypramine</i> .....	396	<i>trimethobenzamide</i> .....	38	TRUE METRIX LEVEL 2	
TRANZAREL.....	496	<i>trimethoprim</i> .....	4	.....	652, 811
<i>travoprost</i> .....	874	Tri-Mili.....	188	TRUE METRIX LEVEL 3	
<i>trazodone</i> .....	377	<i>trimipramine</i> .....	394	.....	652, 811
TRECTOR.....	23	TRIMO-SAN JELLY.....	696	TRUE METRIX PRO TEST	
TRELEGY ELLIPTA.....	91	TRINATAL RX 1.....	266	STRIP.....	671, 812
TREMFYA.....	472	TRINATE.....	266	TRUE2GO BLOOD	
<i>treprostinil sodium</i> .....	197	TRINTELLIX.....	410	GLUCOSE SYSTEM...	652, 812
TRESIBA FLEXTOUCH U-		Tri-Nymyo.....	188	TRUEDRAW LANCING	
100.....	435	TRIONEX.....	493	DEVICE.....	652, 812
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	222	TRUEPLUS INSULIN..	616, 812
200.....	435	Tri-Sprintec (28).....	188	TRUEPLUS KETONE..	672, 812
TRESIBA U-100 INSULIN..	435	TRISTART DHA.....	266	TRUEPLUS LANCETS	652, 812
<i>tretinoin</i> .....	557	TRIUMEQ.....	17	TRUEPLUS PEN NEEDLE	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	164	TRIUMEQ PD.....	17	.....	616, 812
<i>tretinoin microspheres</i> ..	556, 557	TRIVISC.....	701	TRUERESULT BLOOD	
TRETTEN.....	252	Trivora (28).....	188	GLUCOSE SYSTM.....	652, 812
TREXALL.....	140, 151	Tri-Vylibra.....	188	TRUETEST TEST STRIPS	
<i>triacetin</i> .....	498	Tri-Vylibra Lo.....	188	.....	671, 812
<i>triamcinolone acetonide</i>		<i>tropicamide</i> .....	865	TRUETRACK BLOOD	
.....	338, 519	<i>trospium</i> .....	848	GLUCOSE SYSTEM...	652, 812
<i>triamterene</i> .....	212	TRUBIOTICS.....	79	TRUETRACK SMART	
<i>triamterene-</i>		TRUBIOTICS BABY.....	79	SYSTEM.....	652, 812
<i>hydrochlorothiazid</i> .....	218	TRUBIOTICS GUMMY.....	79	TRUETRACK TEST ...	671, 812
Trianex.....	519	TRUBIOTICS KIDS		TRULANCE.....	37, 50
TRIASIL.....	519	CHEWABLE.....	79	TRULICITY.....	442
<i>triazolam</i> .....	389, 408	TRUBIOTICS KIDS GUMMY..	79	TRUMENBA.....	332
TRICARE.....	266	TRUDHESA.....	424	TRUNEB NEBULIZER..	569, 813

TRUQAP.....	147	TYREX-2.....	297	ULTRA B-100 COMPLEX	
TRUSKIN.....	476	TYRVAYA.....	99	(FOODBASE).....	255
TRUSTEEL INFUSION		TYVASO.....	197	ULTRA BONEUP.....	270
PACK 23".....	675, 813	TYVASO DPI.....	197	ULTRA CMFT INS SYR	
TRUSTEEL INFUSION SET		TYVASO INSTITUTIONAL		(HALF UNIT).....	618, 816
23".....	675, 813	START KIT.....	197	ULTRA COMFORT INSULIN	
TRUSTEEL INFUSION SET		TYVASO REFILL KIT.....	197	SYRINGE.....	618, 816, 817
32".....	675, 813	TYVASO STARTER KIT.....	197	ULTRA FINE LANCETS	
TRUSTEX LATEX		UBRELVY.....	417	.....	653, 817
CONDOM.....	562, 813	UDENYCA.....	238	ULTRA FLO INSUL	
TRUSTEX LUBRICATED		UDENYCA		SYR(HALF UNIT).....	618, 817
CONDOMS.....	562, 813	AUTOINJECTOR.....	237	ULTRA FLO INSULIN	
TRUSTEX NON-LUB		UDENYCA ONBODY.....	238	SYRINGE.....	619, 817
CONDOMS.....	562, 813	ULESFIA.....	473	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
TRUSTEX-RIA		ULTICARE... 591, 617, 814, 815		.....	619, 817
LUB/SPERMICIDE.....	562, 813	ULTICARE INSULIN		ULTRA MOISTURE.....	525
TRUSTEX-RIA		SYRINGE.....	616, 814	ULTRA PRENATAL PLUS	
LUBRICATED CONDOMS		ULTICARE INSULN		DHA.....	266
.....	562, 813	SYR(HALF UNIT).....	616, 814	ULTRA THIN II LANCETS	
TRUSTEX-RIA NON-LUB		ULTICARE LOW DEAD		.....	653, 817
CONDOMS.....	562, 813	SPACE SYRING.....	591, 814	ULTRA THIN LANCETS	
TRUZONE PEAK FLOW		ULTICARE PEN NEEDLE		.....	653, 817
METER.....	663, 813	.....	617, 814	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
<i>tryptophan</i> .....	829	ULTICARE SAFETY PEN		.....	619, 817
TRYVIO.....	195	NEEDLE.....	617, 814	ULTRA THIN PLUS	
TUBERCULIN SYRINGE		ULTICARE SAFETY		LANCETS.....	653, 817
.....	590, 813	SYRINGE.....	591, 814	ULTRA TLC LANCETS.....	653, 818
<i>tuberculin-allergy syringes</i>		ULTICARE TB SAFETY		ULTRACARE INSULIN	
.....	590, 813	SYRINGE.....	591, 815	SYRINGE.....	619, 818
TUDORZA PRESSAIR.....	87	ULTIGUARD SAFEPACK-		ULTRA-CARE LANCETS	
TUKYSA.....	165	INSULIN SYR.....	617, 815	.....	653, 818
Tulana.....	177	ULTIGUARD SAFEPACK-		ULTRACARE PEN NEEDLE	
TULIVITE.....	279	PEN NEEDLE.....	617, 815	.....	619, 818
TURALIO.....	161	ULTI-LANCE.....	652, 815	ULTRAFLOA WOMEN'S....	79
<i>turmeric root extract</i> .....	838	ULTILET BASIC LANCETS		ULTRAFOAM.....	235
<i>turmeric root-ginger root ext</i>	838	.....	652, 815	ULTRALANCE LANCETS	
<i>turmeric-ginger-black pepper</i>		ULTILET CLASSIC		.....	653, 818
.....	838	LANCETS.....	653, 815	ULTRASAL-ER.....	487
<i>turmeric-turmeric root extract</i>		ULTILET INSULIN		ULTRA-THIN II (SHORT)	
.....	838	SYRINGE.....	617, 618, 816	INS SYR.....	619, 620, 818
Turqoz (28).....	185	ULTILET LANCETS.....	653, 816	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TUXARIN ER.....	99	ULTILET PEN NEEDLE		PEN NDL.....	620, 818
TWINRIX (PF).....	325	.....	618, 816	ULTRA-THIN II INS PEN	
TWIRLA.....	188	ULTILET SAFETY		NEEDLES.....	620, 819
TWIST LANCETS.....	652, 814	LANCETS.....	653, 816	ULTRA-THIN II INSULIN	
TWYNEO.....	554	ULTIMA MONITOR.....	653, 816	SYRINGE.....	620, 819
TYBLUME.....	185	ULTIMA TEST STRIPS		ULTRA-THIN II LANCETS	
TYBOST.....	856	.....	672, 816	.....	653, 819
Tydemy.....	185	ULTIMATE FLORA BABY		ULTRATRAK.....	672, 819
TYMLOS.....	431	PROBIOTIC.....	79		

ULTRATRAK GLUCOSE METER.....	653, 819	UNISTIK EXTRA LANCETS .....	654, 821	<i>valerian root-valerian root xt</i>	829
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL.....	653, 819	UNISTIK NORMAL LANCETS.....	654, 821	<i>valerian-flower-hops-lemon</i>	829
ULTRATRAK NORMAL CONTROL.....	653, 819	UNISTIK PRO LANCET .....	654, 821	<i>valganciclovir</i> .....	1
ULTRATRAK ULTIMATE .....	653, 672, 819	UNISTIK SAFETY.....	654, 821	<i>valproic acid</i> .....	356, 379
ULTRAVATE.....	493, 520	UNISTIK TOUCH LANCETS .....	654, 821	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> .....	356, 379
UNIFINE PENTIPS.....	620, 819	UNISTRIP LOW CONTROL .....	654, 821	<i>valsartan</i> .....	202
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....	620, 819	UNISTRIP1 TEST STRIP .....	672, 821	<i>valsartan- hydrochlorothiazide</i> .....	216
UNIFINE PENTIPS PLUS .....	620, 820	UNIVERSAL 1 LANCETS .....	654, 821	VALTOCO.....	389, 391
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	620, 820	UP4 PROBIOTICS ADULT....	79	<i>vancomycin</i> .....	25
UNIFINE PROTECT....	620, 820	UP4 PROBIOTICS ADULT 50 PLUS.....	79	<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl</i> .....	858
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	620, 820	UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES.....	79	VANFLYTA.....	163
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	621, 820	UP4 PROBIOTICS MEN'S....	79	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	621, 821
UNILET COMFORTOUCH LANCET.....	653, 820	UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC.....	80	VANISHPOINT SYRINGE .....	591, 592, 621, 821, 822
UNILET GP LANCET..	654, 820	UP4 PROBIOTICS ULTRA....	80	VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE .....	592, 822
UNILET LANCET.....	654, 820	UP4 PROBIOTICS WOMEN'S.....	80	VANOXIDE-HC.....	553
UNILET LANCETS.....	654, 820	UP4 PROBIOTICS- PREBIOTICS KIDS.....	80	VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER.....	593, 822
UNILET SUPER THIN LANCETS.....	654, 820	UPCAL D.....	291	VAQTA (PF).....	333
UNISOM SIMPLE SLUMBERS.....	413	UPNEEQ (PF).....	875	VARDIMAXIA.....	554
UNISPEND ANHYDROUS SWEET.....	688	UPTRAVI.....	198	<i>varenicline</i> .....	346
UNISTIK 2 DEVICE....	654, 820	URAMAXIN.....	487	VARISOFT INFUSION SET 23".....	675, 822
UNISTIK 2 EXTRA LANCET .....	654, 820	URAMAXIN GT.....	507	VARISOFT INFUSION SET 32".....	675, 822
UNISTIK 2 NORMAL LANCET.....	654, 820	<i>urea</i> .....	487, 488, 508	VARISOFT INFUSION SET 43".....	675, 822
UNISTIK 3 COMFORT LANCET.....	654, 820	UREA NAIL STICK.....	487	VARITHENA ADMINISTRATION PACK .....	595, 822
UNISTIK 3 EXTRA LANCET .....	654, 820	UREAPRO.....	217	VARIVAX (PF).....	322, 329
UNISTIK 3 GENTLE....	654, 820	URETRON D-S.....	32, 848	VAROPHEN (DICLOFENAC).....	544
UNISTIK 3 NORMAL LANCET.....	654, 820	URIBEL TABS.....	32, 849	VAROXIA.....	554
UNISTIK COMFORT LANCETS.....	654, 820	URIMAR-T.....	32, 849	VARUBI.....	38
UNISTIK CZT LANCET .....	654, 821	URNEVA.....	32, 849	VASCEPA.....	208
		URO-458.....	32, 849	VASELINE WHITE PETROLEUM.....	527
		UROGESIC-BLUE.....	32, 848	VASHE.....	480
		URO-MP.....	33, 849	VAXCHORA ACTIVE COMPONENT.....	322, 323
		UROQID-ACID NO.2....	33, 845	VAXCHORA BUFFER COMPONENT.....	686
		<i>ursodiol</i> .....	37	VAXCHORA VACCINE	322, 323
		VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM....	191		
		<i>valacyclovir</i> .....	13		
		VALCHLOR.....	474		
		<i>valerian root</i> .....	838		

VAXNEUVANCE (PF).....	324	VIBRANT STARTER KIT	561, 824	<i>vitamin a</i> .....	284
VCF CONTRACEPTIVE				<i>vitamin a palmitate</i> .....	284
FILM.....	191	VICTOZA 2-PAK.....	442	<i>vitamin b complex</i> .....	318
VCF CONTRACEPTIVE		VICTOZA 3-PAK.....	442	VITAMIN B-12.....	275
GEL.....	191	VIEKIRA PAK.....	4	<i>vitamin b12-folic acid</i> .....	317
VEGETARIAN BONEUP.....	270	Vienna.....	186	VITAMIN C FIZZY DRINK...	283
Velivet Triphasic Regimen		<i>vigabatrin</i> .....	373	VITAMIN C POWDER	
(28).....	188	Vigadrone.....	373	BLEND.....	283
VELPHORO.....	850, 851	Vigpoder.....	373	VITAMIN C WITH ROSE	
VELSIPITY.....	54	VIJOICE.....	854	HIPS.....	281
VELTASSA.....	300	VILACTIN AA PLUS 15 PE.	297	Vitamin D2.....	257
VEMLIDY.....	31	<i>vilazodone</i> .....	376	<i>vitamin d2-vitamin k1</i> .....	317
VENCLEXTA.....	156	VIMPAT.....	366	<i>vitamin d3-vitamin k2</i> .....	317
VENCLEXTA STARTING		VIOKACE.....	63	<i>vitamin e (dl, acetate)</i> .....	279
PACK.....	156	Viorele (28).....	191	<i>vitamin e acetate (bulk)</i> 279, 690	
VENELEX.....	479	VIOS AEROSOL DELIVERY		<i>vitamin e-safflower oil</i> .....	525
<i>venlafaxine</i> .....	393	SYSTEM.....	684, 824	<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	525
<i>venlafaxine besylate</i> .....	393	VIRACEPT.....	27	VITAMIN K.....	315
VENNGEL ONE.....	490	VIRAGRAPHIS.....	838	Vitamin K1.....	315
VENTAVIS.....	197	VIREAD.....	18, 19, 31, 32	<i>vitamin k2</i> .....	315
VEOZAH.....	430	VISBIOME.....	80	<i>vitamin k2 (mk-4)</i> .....	315
<i>verapamil</i> .....	215, 217	VISCO-3.....	701	VITRAKVI.....	155
VERDESO.....	520	VISION HEALTH.....	832	VITREXYL.....	313
VEREGEN.....	521	VISION OPTIMIZER....	313, 832	VITREXYL PLUS IRON.....	313
VERIFINE INSULIN		VISTA ADVANCED		VITRON-C.....	279
SYRINGE.....	621, 822, 823	AREDS2.....	313, 832	VITRUM 50 PLUS.....	313
VERIFINE PEN NEEDLE		VISTA MEIBO EYELID		VIVAGUARD INO CTRL	
.....	621, 823	CLEANSING.....	533, 534	SOLN-L1,2,3.....	655, 824
VERIFINE PLUS PEN		VISTASEAL-FIBRIN		VIVAGUARD INO CTRL	
NEEDLE.....	621, 823	SEALANT.....	242	SOLN-L1,L3.....	655, 824
VERIFINE PLUS PEN		VISTOGARD.....	167	VIVAGUARD INO CTRL	
NEEDLE-SHARP.....	621, 823	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i> ....	273	SOLN-L2.....	655, 824
VERIFINE SAFETY		<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i> 255		VIVAGUARD INO	
LANCET MINI.....	654, 823	<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i> 838		GLUCOSE METER....	655, 824
VERIFINE UNIVERSAL		<i>vit c-zinc cit,gluc-echin purp</i> 286		VIVAGUARD INO SMART	
LANCET.....	655, 823	VITABEX IRON.....	279	GLUC METER.....	655, 824
VERKAZIA.....	869	VITAFOL FE PLUS.....	267	VIVAGUARD INO TEST	
VERQUVO.....	201	VITAFOL FE+ (WITH		STRIP.....	672, 824
VERSACLOZ.....	384	DOCUSATE).....	267	VIVAGUARD LANCET	655, 824
VERTIGOHEEL.....	343	VITAFOL GUMMIES.....	267	VIVAGUARD LANCING	
VERZENIO.....	168	VITAFOL ULTRA.....	267	DEVICE.....	655, 824
VESICARE LS.....	846	VITAFOL-OB.....	267	VIVAGUARD SAFETY	
Vestura (28).....	186	VITAFOL-OB+DHA.....	267	LANCET.....	655, 824
VEVYE.....	869	VITAFOL-ONE.....	267	VIVJOA.....	13
V-GO 20.....	657, 823	VITAJoy ADULT MULTI....	313	VIVOTIF.....	322, 323
V-GO 30.....	657, 823	VITAJoy BIOTIN.....	283	VIXONE NEBULIZER..	569, 824
V-GO 40.....	657, 823	VITAJoy DAILY C.....	281	VIXONE NEBULIZER-	
VIBERZI.....	36, 52	VITAL AF 1.2 CAL.....	299	ADULT MASK.....	569, 824
VIBRANT.....	560, 823	VITALVASC.....	838	VIXONE NEBULIZER-	
		VITAMEDMD ONE RX.....	267	PEDIATRIC MSK.....	569, 824



VIZIMPRO.....	168	WESNATAL DHA		WYNZORA.....	537
VOCABRIA.....	21	COMPLETE.....	267	XACIATO.....	694
Volnea (28).....	191	WESNATE DHA.....	268	XADAGO.....	390
VONJO.....	164	WES-PHOS 250 NEUTRAL		XALIX.....	488
VONVENDI.....	241	.....	296, 846	XALKORI.....	156
VOQUEZNA.....	33	WESTAB MAX.....	316, 318	XARELTO.....	246
VOQUEZNA DUAL PAK.....	53	WESTAB ONE.....	316, 318	XARELTO DVT-PE TREAT	
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	53	WESTAB PLUS.....	268	30D START.....	246
<i>voriconazole</i> .....	14	WESTGEL DHA.....	268	XATMEP.....	140, 152
VORTEX HOLDING		<i>whey protein, conc-isolate</i> ...	288	XCELLENT C.....	281
CHAMBER.....	684, 824	WHYTEDERM SURGIPAK.....	479	XCELLENT E.....	316
VORTEX VHC FROG		WHYTEDERM TDPAK.....	507	XCELLISTEM.....	558
MASK-CHILD.....	684, 824	WHYTEDERM TRILASIL		XCLAIR.....	525
VORTEX VHC LADYBUG		PAK.....	507	XCOPRI.....	375
MASK-TODDLR.....	684, 825	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XCOPRI MAINTENANCE	
VOSEVI.....	26	60.....	563, 825	PACK.....	374
VOWST.....	33	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XCOPRI TITRATION PACK	376
VOXZOGO.....	446	65.....	563, 825	XDEMVI.....	857
VOYDEYA.....	232, 250	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XELJANZ.....	35, 133
VP-CH-PNV.....	267	70.....	563, 825	XELJANZ XR.....	35, 134
VRAYLAR.....	354, 429	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XELPROS.....	874
VTAMA.....	493	75.....	563, 825	XELSTRYM.....	381, 404
VUITY.....	875	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XEMBIFY.....	329
VUMERITY.....	469	80.....	563, 825	XENLETA.....	7
Vyfemla (28).....	186	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XENOVIEW EMPTY	
VYJUVEK.....	471	85.....	563, 825	DELIVERY BAG.....	561, 826
Vylibra.....	186	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XEPI.....	527
VYNDAMAX.....	430	90.....	563, 825	XERESE.....	501
VYNDAQEL.....	431	WIDE-SEAL DIAPHRAGM		XERMELO.....	37
VYVANSE.....	404	95.....	563, 825	XEROFORM.....	659, 826
VYZULTA.....	874	WILATE.....	249	XEROFORM NON-	
WAINUA.....	431	WILLIS THE WHALE		OCCLUSIVE.....	658, 826
WAKIX.....	356	COMPRESSR NEB.....	684, 825	XEROFORM	
<i>warfarin</i> .....	239	WILZIN.....	194	PETROLATUM DRESSING	
<i>water for irrigation, sterile</i> ....	315	WINLEVI.....	472	.....	658, 826
WAVESENSE AMP.....	655, 825	WINREVAIR.....	196	XEROFORM	
WAVESENSE CONTROL		WINTERGREEN OIL.....	474	PETROLATUM	
SOLUTION.....	655, 825	Wixela Inhub.....	105	OVERWRAP.....	659, 826
WAVESENSE JAZZ....	672, 825	WOMEN'S 50 PLUS		XHANCE.....	95
WAVESENSE PRESTO		ADVANCED.....	314	XIFAXAN.....	30
.....	655, 672, 825	WOMENS DAILY GUMMIES		XIGDUO XR.....	440
WEEKLY-D.....	257	.....	314	XIIDRA.....	865
WELIREG.....	165	WOMEN'S MULTIVITAMIN		XILAPAK.....	477
WELLFOLA.....	313	COLLAGEN.....	314	XIMINO.....	11, 536
WELLPRO-31.....	80	WOMEN'S MULTIVITAMIN		XOFLUZA.....	2
Wera (28).....	186	GUMMIES.....	314	XOLAIR.....	102
WESCAP-C DHA.....	313	WOMEN'S ONE DAILY.....	314	XOLEGEL.....	539
WESCAP-PN DHA.....	295	WOUNDGELHA MATRIX....	505	XOLREMDI.....	236
WESCAPS.....	256	WPR PLUS.....	547	XOSPATA.....	163
		Wymzya Fe.....	186	XPHOZAH.....	254

XPOVIO.....	155, 163	ZELAPAR.....	390	ZORYVE.....	494, 499
XRYLIX (DICLOFENAC- KINES TAPE).....	490	ZELBORAF.....	162	Zovia 1-35 (28).....	186
XTAMPZA ER.....	118, 119	ZELNORM.....	36, 53	ZTALMY.....	366
XTANDI.....	173	ZEMAIRA.....	100	ZTLIDO.....	496
Xulane.....	188	ZEMBRACE SYMTOUCH...	423	ZUBSOLV.....	345
XULTOPHY 100/3.6.....	442	Zenatane.....	557	Zumandimine (28).....	186
XURIDEN.....	854	ZENPEP.....	63	ZURZUVAE.....	377
XYBIOTIC.....	80	ZENPHOR.....	484, 826	ZYCLARA.....	533
XYLIDERM.....	496	Zenzedi.....	358, 381, 404	ZYDELIG.....	166
XYLIGEL.....	338	ZEPATIER.....	26	ZYFLO.....	90
XYLIMELTS.....	338	ZEPOSIA.....	54, 469	ZYKADIA.....	156
XYMOBOLX.....	284	ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY).....	54, 469	ZYLET.....	870
XYMODINE.....	272	ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY).....	54, 469	ZYMFENTRA.....	61, 111
XYNTHA.....	249	ZERVIAE.....	865	ZYPITAMAG.....	207
XYNTHA SOLOFUSE.....	249	ZETONNA.....	96	ZYPRAM.....	471
XYOSTED.....	438	ZICLOCIN.....	544		
XYWAV.....	358	ZICLOPRO.....	545		
Yargesa.....	856	<i>zidovudine</i> .....	19		
YAXATARXYN.....	503	ZIEXTENZO.....	238		
YCANTH.....	488	ZILACAINE PATCH....	496, 686		
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES.....	291	ZILBRYSQ.....	697		
YOKATAR.....	503	<i>zileuton</i> .....	90		
YONSA.....	169, 173	ZILOVAL.....	496		
YOSPRALA.....	241	ZILXI.....	531		
YUFLYMA(CF).....	61, 111, 145	ZIMHI.....	195		
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS..	61, 111, 145	ZINC BALANCE.....	286		
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR...	61, 111, 145	<i>zinc citrate</i> .....	286		
YUM-YUM DOPHILUS.....	80	<i>zinc gluconate</i> .....	286		
YUPELRI.....	88	<i>zinc glycinate</i> .....	286		
YUSIMRY(CF) PEN .....	61, 111, 145	<i>zinc oxide</i> .....	527		
Yuvafem.....	694	<i>zinc sulfate</i> .....	286		
Zafemy.....	189	ZINGIBER.....	318		
<i>zafirlukast</i> .....	96	ZIPHEX.....	282		
<i>zaleplon</i> .....	381	<i>ziprasidone hcl</i> .....	354, 384		
ZALVIT.....	282	ZIRGAN.....	859		
Zarah.....	186	ZITHRANOL.....	494		
ZARXIO.....	238	ZITUVIO.....	464		
ZATEAN-PN DHA.....	295	ZMA CLEAR.....	551		
ZATEAN-PN PLUS.....	314	ZOKINVY.....	856		
ZAVZPRET.....	417	ZOLINZA.....	169		
ZCORT.....	455	<i>zolmitriptan</i> .....	423, 424		
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR.....	432	<i>zolpidem</i> .....	381, 382		
ZEGALOGUE SYRINGE....	432	ZOMACTON.....	460		
ZEJULA.....	158	Zomig.....	424		
		ZONISADE.....	371		
		<i>zonisamide</i> .....	371		
		ZONTIVITY.....	236		
		ZORVOLEX.....	126		