

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)

Lista de medicamentos recetados disponibles para los planes de PPO y de Indemnización Fuera del Área (OOA)

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

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

Este documento contiene información relativa a los medicamentos que están cubiertos cuando usted participa en los planes de Seguro Médico de plan de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y de Indemnización Fuera del Área (Out-of- Area Indemnity, OOA) con derechos adquiridos por antigüedad para grupos grandes de California ofrecidos por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) y surte su receta en una farmacia de la red de MedImpact. Por favor, tenga en cuenta que esta Lista de medicamentos recetados disponibles no tiene un nivel de medicamentos especializados. Si usted está cubierto por un plan de PPO de KPIC con un nivel de medicamentos especializados, vea la Lista de medicamentos recetados disponibles con nivel de medicamentos especializados para planes de PPO y de Indemnización Fuera del Área (OOA) de KPIC.

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

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

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

Para obtener información sobre el costo compartido de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de su plan específico, visite: **kp.org/kpic-ca-rx-ppo-gf**.

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

INFORMACIÓN SOBRE LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DISPONIBLES

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

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

Cómo usar este documento

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

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

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

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

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

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

AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA INFECCIONES	
ANTIBIÓTICO AMINOPENICILÁNICO - ANTIBIÓTICOS	
MOXATAG TABLETA ORAL, MULTIFASE DE LIBERACIÓN PROLONGADA (EXTENDED RELEASE, ER) 24 HR 775 MG (amoxicilina)	2

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	
amoxicilina cápsula oral de 250 mg, 500 mg	1

Niveles de medicamentos

Diseño de Beneficios por niveles

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

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

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

Definiciones de los niveles:

Símbolo	Pauta	Descripción
T1	Nivel 1	Medicamentos genéricos
T2	Nivel 2	Medicamentos de marca
T3	Nivel 3	Otros artículos de farmacia y ciertos Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME), tales como tiras reactivas y lancetas, disponibles en la farmacia y a través de su beneficio médico
T4	Nivel 4	Medicamentos inyectables autoadministrados
PV	Preventivos (varios niveles)	Beneficios de atención preventiva exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). (Medicamentos preventivos cubiertos sin costo alguno si su grupo eligió incluir los beneficios de atención preventiva de la ACA en su plan con derechos adquiridos por antigüedad). Los medicamentos para dejar de fumar que aparecen en esta Lista de medicamentos recetados disponibles están cubiertos sin costo alguno en todos los planes.

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

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

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

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

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

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

Cobertura opcional de medicamentos preventivos sin costo alguno. Adicionalmente, si su plan cubre medicamentos preventivos sin costo (porque su grupo eligió incluir los beneficios de atención preventiva requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible en su plan con derechos adquiridos por antigüedad), entonces los medicamentos identificados en la siguiente tabla están cubiertos sin ningún costo compartido independientemente del nivel del medicamento indicado en la Lista de medicamentos recetados disponibles. Todos los medicamentos de la lista están cubiertos sin costo alguno 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 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?

- 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 a la Lista de medicamentos recetados disponibles de KPIC?

Usted, la persona que usted designe o el proveedor que le recete el medicamento puede solicitar una excepción para obtener la cobertura de un medicamento que no aparezca en la Lista de medicamentos recetados disponibles llamando a MedImpact al **1-800-788-2949**. Después de la recepción de su solicitud de excepción, MedImpact le notificará en un plazo de 72 horas para las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias apremiantes, la aprobación de la solicitud u otro resultado. (Existen circunstancias de urgencia cuando un asegurado padece una condición de salud que 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. Puede apelar la denegación de una solicitud de excepción. Consulte su *Certificado de Seguro* para obtener más información sobre sus Derechos de Apelación y los procedimientos para hacerlo.

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

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

Tabla de símbolos de las pautas:

Símbolo	Pautas	Descripción
EDAD	Modificar edad	La cobertura depende de la edad del paciente.
PA	Autorización previa	Requiere una autorización previa basada en criterios clínicos específicos. <i>Vea "¿Qué es una autorización previa?" más abajo para obtener información adicional.</i>
QL	Límite de cantidad	La cobertura se limita a cantidades específicas por receta o periodo de tiempo. Se requiere autorización previa para las cantidades que superen la restricción.
ST	Tratamiento escalonado	La cobertura depende del uso previo de otro medicamento. Puede ser necesaria una autorización previa. <i>Vea "¿Qué es el tratamiento escalonado?" más adelante para obtener información adicional.</i>

¿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 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. Los medicamentos con autorización previa tienen criterios clínicos específicos que usted debe cumplir para obtener cobertura. Consulte la columna Autorización previa/límites de la Lista de medicamentos recetados disponibles para saber qué medicamentos requieren una PA.

Después de la recepción de su solicitud de PA, MedImpact notificará al proveedor autorizado para recetar en un plazo de 72 horas para las solicitudes no urgentes y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia, la aprobación de la solicitud u otro resultado. Si MedImpact no responde en un plazo de 72 horas en el caso de las solicitudes no urgentes y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia a partir de la recepción de un formulario de solicitud de un médico autorizado, 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.

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?

La mayoría de los medicamentos de mantenimiento pueden enviarse a través de nuestro servicio de farmacia por correo. Sin embargo, los medicamentos permitidos en pedidos por correo no pueden ser enviados fuera de Estados Unidos. Puede solicitar el surtido a través de nuestro servicio de pedidos por correo en línea en **walgreens.com/mailservice** o por teléfono, al **1-866-525-1590** o al **1-877-924-7889 (TTY)**. No hay cargos adicionales de pedido por correo. Se aplicará el costo de gastos de bolsillo correspondiente con base en su beneficio de medicamentos recetados.

Consulte su *Certificado de Seguro* para obtener los detalles completos de su beneficio de medicamentos recetados o llame a Servicio al Cliente de KPIC al **1-800-788-0710**.

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 autoinyectable" significa un medicamento inyectable autoadministrado que está cubierto por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Los medicamentos autoinyectables (excepto la insulina y otros medicamentos autoinyectables recetados para el tratamiento de la diabetes) están cubiertos en un nivel de medicamentos específico, indicado en la tabla de definición de niveles de la sección "Nivel de medicamentos" de esta Lista de medicamentos recetados disponibles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) suscribe los planes de PPO y de OOA. KPIC es una subsidiaria de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP).

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 ayudarlo.

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

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

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

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

Por correo electrónico: www.insurance.ca.gov

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

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

o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en:

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

Notice of Language Assistance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	34
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	34
Agentes De Terapia Respiratoria.....	79
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	80
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	102
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	103
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	103
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	104
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	135
Anthelmintic.....	136
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	138
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	155
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	172
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	172
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	176
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	177
Antiseptics And Disinfectants.....	214
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	215
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	235
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	235
Biológicos.....	305
Biológicos - Biological Agents.....	305
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	319
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	324
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	325
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	328
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine.....	331
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	331
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	412
Endocrino.....	412
Endocrino - Hormones.....	413
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	453
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	457
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	459
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	459
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	552
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	695
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	698
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants.....	699
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	701
Sistema Locomotor.....	704
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	704
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	710

Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	845
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	856
Terapia De Trastorno Cognitivo.....	857
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	858
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	860
Terapia Para Trastorno Alimentario.....	872
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	873
Thyroid Therapy.....	873
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	874
Vitamins - E.....	878
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	878

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antiinfecciosos		
Antiretroviral - Capsid Inhibitors		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	Nivel 4	PA
YEZTUGO ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	PV	
YEZTUGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	PV	
Penem Antibiotic Combinations		
ORLYNVAH ORAL TABLET 500-500 MG (sulopenem etzadroxil/probenecid)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
Adyuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Drugs For Infections		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (interferon gamma-1b, recomb.)	Nivel 4	PA
Agente Antiviral Cmv - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
VALCYTE ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (valganciclovir HCl)	Nivel 2	
VALCYTE ORAL TABLET 450 MG (valganciclovir HCl)	Nivel 2	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Antibacterial Agents - Drugs For Viral Infections		
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG, 200 MG (sofosbuvir)	Nivel 2	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sofosbuvir)	Nivel 2	PA
Antibacterial Other - Drugs For Viral Infections		
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir sodium)	Nivel 2	
Antibióticos De Alcaloides De Protoberberina Cuaternaria - Antibiotics		
<i>berberine chloride oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
BERBERINE ES-5 ORAL CAPSULE 200 MG (dihydroberberine)	Nivel 2	
Antibióticos De Aminoglucósido - Antibiotics		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML (amikacin sulfate liposomal with nebulizer accessories)	Nivel 2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Aminometilciclina - Antibiotics		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 2	
Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 600-42.9 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a different strength of Augmentin within the past 120 days; QL (150 ML per 30 days)
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 250-62.5 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
AUGMENTIN ORAL TABLET 500-125 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
AUGMENTIN XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 1,000-62.5 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
Antibióticos De Fluorquinolona - Antibiotics		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Nivel 2	
CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Nivel 2	
CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Nivel 2	
ZYVOX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (linezolid)	Nivel 2	
ZYVOX ORAL TABLET 600 MG (linezolid)	Nivel 2	
Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Nivel 2	PA
Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
doxycycline monohydrate (Avidoxy Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 50mg/100mg IR tablets/capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg tablets or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules/tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
doxycycline monohydrate (Mondoxylene NI Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 1	
doxycycline monohydrate (Mondoxylene NI Oral Capsule 75 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MORGIDOX 1X 50 KIT 50 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 1X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 2X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule 50 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 2	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 2	
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
doxycycline hyclate (Targadox Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	Nivel 1	
tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg	Nivel 1	
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Antibióticos Macrólidos - Antibiotics		
azithromycin oral packet 1 gram	Nivel 1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	Nivel 1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg	Nivel 1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	Nivel 1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	Nivel 1	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Nivel 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 400 MG/5 ML (erythromycin ethylsuccinate)	Nivel 2	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Nivel 1	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 333 Mg)	Nivel 2	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (erythromycin stearate)	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
ZITHROMAX ORAL PACKET 1 GRAM (azithromycin)	Nivel 2	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML, 200 MG/5 ML (azithromycin)	Nivel 2	
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (azithromycin)	Nivel 2	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET 500 MG (azithromycin)	Nivel 2	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET 250 MG (azithromycin)	Nivel 2	
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitor, Triterpenoid - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitors - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Nivel 2	PA
Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Nivel 2	PA
Antifungal Other - Drugs For Viral Infections		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifungals - Drugs For Viral Infections		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	
VALTREX ORAL TABLET 1 GRAM, 500 MG (valacyclovir HCl)	Nivel 2	
ZOVIRAX ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (acyclovir)	Nivel 2	
Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus		
ANCOBON ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (flucytosine)	Nivel 2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Nivel 2	PA
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fluconazole)	Nivel 2	
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (fluconazole)	Nivel 2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Nivel 2	PA
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (posaconazole)	Nivel 2	PA
NOXAFIL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG (posaconazole)	Nivel 2	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 1	PA
SPORANOX ORAL CAPSULE 100 MG (itraconazole)	Nivel 2	
SPORANOX ORAL SOLUTION 10 MG/ML (itraconazole)	Nivel 2	
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Nivel 2	PA
VFEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (voriconazole)	Nivel 2	
VFEND ORAL TABLET 50 MG (voriconazole)	Nivel 2	
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Nivel 2	PA
Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipalúdicos - Drugs For Parasites		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 16 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 16 days)
DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG (pyrimethamine)	Nivel 2	PA
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 FILL)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Nivel 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 2	PA
QUALAQUIN ORAL CAPSULE 324 MG (quinine sulfate)	Nivel 2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
Antiprotozoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Nivel 2	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoario-Antibacteriano De 2Da Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (secnidazole)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antiretroviral - Análogos De Nucleósido Y Nucleótido, Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (darunavir eth/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Cd4 Attachment Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (fostemsavir tromethamine)	Nivel 2	PA
Antiretroviral - Comb De Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Nivel 1	
Antiretroviral - Combinaciones De Análogos De Nucleósido E Inhibidor De Integrasa - Drugs For Viral Infections		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nnrti - Drugs For Viral Infections		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (dolutegravir sodium/rilpivirine HCl)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nrti - Drugs For Viral Infections		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (dolutegravir sodium/lamivudine)	Nivel 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Rtis Análogos De Nucleósido Y Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG (emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
Antiretroviral - Inhibidores De Fusión Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (enfuvirtide)	Nivel 4	
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análogo Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG (emtricitabine)	Nivel 2	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (emtricitabine)	Nivel 2	
EPIVIR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lamivudine)	Nivel 2	
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (lamivudine)	Nivel 2	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
RETROVIR ORAL CAPSULE 100 MG (zidovudine)	Nivel 2	
RETROVIR ORAL SYRUP 10 MG/ML (zidovudine)	Nivel 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
ZIAGEN ORAL SOLUTION 20 MG/ML (abacavir sulfate)	Nivel 2	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Inhibidores De Transferencia De Sepa De Integrasa Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	Nivel 4	\$0 COPAY IF QUANTITY 0.15 IN 1 DAY, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS; Age (Min 12 Years)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Nivel 2	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG (dolutegravir sodium)	Nivel 2	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG (dolutegravir sodium)	Nivel 2	
Antituberculosos - Derivados De Ácido Isonicotínico - Antibiotics		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Antituberculosos - Rifamicinas Y Derivados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Nivel 2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cephalosporin Antibiotics - 1St Generation - Antibiotics		
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Cephalosporin Antibiotics - 3Rd Generation - Antibiotics		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Antirretrovirales - Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir/ritonavir)	Nivel 2	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG, 200-50 MG (lopinavir/ritonavir)	Nivel 2	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 2	
Combinaciones De Tetraciclina Y Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
AVIDOXY DK KIT 100 MG-2 % -SPF 30 (doxycycline monohydrate/salicylic acid/octinoxate/zinc oxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 30 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENZODOX 60 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
Derivados De Nitrofuranos Antibacterianos - Antibiotics		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 2	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Dermatological - Enzyme Combinations - Drugs For Fungus		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratolytic-Antimitotic Combinations - Drugs For Viral Infections		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (40 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 180 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (zanamivir)	Nivel 2	QL (40 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (oseltamivir phosphate)	Nivel 2	QL (40 EA per 180 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (oseltamivir phosphate)	Nivel 2	QL (20 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 6 MG/ML (oseltamivir phosphate)	Nivel 2	QL (360 ML per 180 days)
Dermatological - Pigmenting Agents - Antibiotics		
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML (vancomycin HCl)	Nivel 2	QL (300 ML per 1 FILL)
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (vancomycin HCl)	Nivel 2	QL (600 ML per 1 FILL)
VANCOCIN ORAL CAPSULE 125 MG (vancomycin HCl)	Nivel 2	QL (56 EA per 1 FILL)
VANCOCIN ORAL CAPSULE 250 MG (vancomycin HCl)	Nivel 2	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (56 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (600 ML per 1 FILL)
Dermatological - Therapeutic Bath Products - Antibiotics		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA
Dermatological - Topical Local Anesthetics And Combinations - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether/lumefantrine)	Nivel 2	
MALARONE ORAL TABLET 250-100 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 2	
MALARONE PEDIATRIC ORAL TABLET 62.5-25 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Hepatitis C - Comb De Inhib De Proteasa Ns5a, Ns3/4A, Nucleo.Ns5b Polimerasa - Drugs For Viral Infections		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)	Nivel 2	PA
Hepatitis C - Inhibidor De Ns5a Y Combinación De Inhibidor De Proteasa Ns3/4A - Drugs For Viral Infections		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 2	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 2	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Nivel 2	PA
Hepatitis C - Interferones - Drugs For Viral Infections		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
Influenza-Agentes Antivirales A - Drugs For Viral Infections		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Proteasa (No-Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)	Nivel 2	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (darunavir)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG (darunavir)	Nivel 2	
Inhibidores De Proteasa (Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL TABLET 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 2	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 2	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (nelfinavir mesylate)	Nivel 2	
Macrolide Antibiotics - Drugs For Parasites		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Macrolide Combinations - Antibiotics		
CLEOCIN HCL ORAL CAPSULE 150 MG, 300 MG, 75 MG (clindamycin HCl)	Nivel 2	
clindamycin palmitate HCl (Cleocin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 MI)	Nivel 2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
clindamycin palmitate HCl (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 MI)	Nivel 1	
Macrolide Combinations Other - Drugs For Viral Infections		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG (bictegravir sodium/emtricitabine/tenofovir alafenamide fumar)	Nivel 2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide)	Nivel 2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Nasal Dilator Strips - Drugs For Viral Infections		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Nivel 1	
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofov oral tablet 200-25-300 mg</i>	Nivel 1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir alafenamide fumarate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG (efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG (efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Nebulizers - Antibiotics		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET 3 GRAM (fosfomycin tromethamine)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Respiratory Therapy Supplies - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (miltefosine)	Nivel 2	PA
MEPRON ORAL SUSPENSION 750 MG/5 ML (atovaquone)	Nivel 2	
Penicillin Antibiotic - Natural - Antibiotics		
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Penicillin Antibiotic - Penicillinase-Resistant - Antibiotics		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Quinolone Antibiotics - Drugs For Viral Infections		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (maraviroc)	Nivel 2	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (maraviroc)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Rifamicinas Y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Nivel 2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG (rifaximin)	Nivel 2	PA
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5) (nirmatrelvir/ritonavir)	PV	QL (20 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	PV	QL (30 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Rna Polymerase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LAGEVRIO (EUA) ORAL CAPSULE 200 MG (molnupiravir)	PV	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	PV	MEDICAL BENEFIT; QL (11 EA per 10 days)
Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus		
griseofulvin ultramicrosize (Fulvicin P/G Oral Tablet 165 Mg)	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (miconazole)	Nivel 2	
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleósidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)	Nivel 2	QL (630 ML per 30 days)
BARACLUDE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (entecavir)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleótidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
HEPSERA ORAL TABLET 10 MG (adefovir dipivoxil)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND AND NO HISTORY OF ANTIRETROVIRAL MEDICATION IN 120 DAYS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (tenofovir alafenamide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Nivel 2	
Varias Combinaciones De Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Nivel 2	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URYL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 2	
Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
NEBUPENT INHALATION RECON SOLN 300 MG (pentamidine isethionate)	Nivel 2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 2	
Agentes De Terapia Gastrointestinal		
Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Nivel 2	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Nivel 2	PA
Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach		
Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
lactulose (Generlac Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
APRISO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.375 GRAM (mesalamine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1,000 MG (mesalamine)	Nivel 2	
COLAZAL ORAL CAPSULE 750 MG (balsalazide disodium)	Nivel 2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lialda within the past 120 days
LIALDA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM (mesalamine)	Nivel 2	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG (mesalamine)	Nivel 2	
ROWASA RECTAL ENEMA KIT 4 GRAM/60 ML (mesalamine with cleansing wipes)	Nivel 2	
SFROWASA RECTAL ENEMA 4 GRAM/60 ML (mesalamine)	Nivel 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Intestino Inflamatorio - Antagonista De Receptor De Integrina, Anticuerpo Mc - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML (vedolizumab)	Nivel 4	PA
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Interleucina-12 Y Il-23, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Quinasa De Janus (Jak) - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG (upadacitinib)	Nivel 2	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 2	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 2	PA
Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
alose tron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE 80 MG (aprepitant)	Nivel 2	QL (2 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE, DOSE PACK 125 MG (1)- 80 MG (2) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA per 21 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 14 days)
Antiemético - Antihistamínicos - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Antiemético - Fenotiazidas - Drugs For Vomiting And Nausea		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	
prochlorperazine (Compazine Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 2	
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 1	
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antiemético - Tipo Canabinoide - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
Antiespasmódico Gi - Aminas Terciarias Sintéticas - Drugs For Stomach Cramps		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Antiespasmódico Gi - Compuestos De Amoníaco Cuaternario - Drugs For Stomach Cramps		
DARTISLA ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.7 MG (glycopyrrolate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 2mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 1mg or 2mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate/PF)	Nivel 4	
ROBINUL FORTE ORAL TABLET 2 MG (glycopyrrolate)	Nivel 2	
ROBINUL ORAL TABLET 1 MG (glycopyrrolate)	Nivel 2	
Antiespasmódico Gi Y Combinaciones De Benzodiacepina - Drugs For Stomach Cramps		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 2	
Antiespasmódico Y Combinaciones De Opioides - Drugs For Stomach Cramps		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
Antiflatulentos Gastrointestinales - Drugs For The Stomach		
<i>activated charcoal oral capsule 260 mg</i>	Nivel 1	
<i>activated charcoal oral capsule 280 mg</i>	Nivel 2	
BEANAID ORAL CAPSULE 300 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 1	
BEANO ORAL TABLET 400 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 2	
GAS RELIEF-PREVENTION ORAL CAPSULE 600 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	
Antihyperglycemic - Sulfonylurea And Biguanide Combinations - Drugs For Diarrhea		
MYTESI ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG (crofelemer)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Antiretrovirals therapy within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antihyperglycemic - Sulfonylurea Derivatives - Drugs For The Stomach		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Nivel 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Nivel 4	PA
Antileprotic - Sulfone Agents - Drugs For The Stomach		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (cholic acid)	Nivel 2	PA
Antiparkinson Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Drugs For Vomiting And Nausea		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (netupitant/palonosetron HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 28 days)
Antiseptic And Disinfectant Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
DONNATAL ORAL ELIXIR 16.2 MG-0.1037 MG/5 ML (5 ML) (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
DONNATAL ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 2	
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 - 0.0194 mg/5 ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral tablet 16.2-0.1037 - 0.0194 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
PHENOHYTRO ORAL ELIXIR 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Comb - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
PRELIEF ORAL TABLET 65 MG (calcium glycerophosphate)	Nivel 2	
Antitussive-Antihistamine-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1	
LOMOTIL ORAL TABLET 2.5-0.025 MG (diphenoxylate HCl/atropine sulfate)	Nivel 2	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (difenoxin HCl/atropine sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Diphenoxylate/Atropine within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Asthma Therapy - 5-Lipoxygenase Inhibitors - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
CYTOTEC ORAL TABLET 100 MCG, 200 MCG (misoprostol)	Nivel 2	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic Agent Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBIID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic-Expectorant Combinations - Drugs For The Stomach		
DAIRY RELIEF ORAL TABLET 3,000 UNIT, 4,500 UNIT, 9,000 UNIT (lactase)	Nivel 1	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Nivel 1	
PAPAYA DIGESTIVE ENZYME CMPLX ORAL TABLET,CHEWABLE (enzymes,digestive)	Nivel 1	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Nivel 2	PA
Asthma Therapy - Leukotriene Modulators - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
famotidine (Pepcid Oral Tablet 20 Mg, 40 Mg)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Leukotriene Receptor Antagonists - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ACIPHEX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (rabeprazole sodium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 10 MG, 5 MG (rabeprazole sodium)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
DEXILANT ORAL CAPSULE, BIPHASE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG (dexlansoprazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET, DISINTEGRAT, DELAY REL 15 MG, 30 MG (lansoprazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium within the past 120 days
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG (omeprazole magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days
PROTONIX ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 40 MG (pantoprazole sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec within the past 120 days
PROTONIX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG, 40 MG (pantoprazole sodium)	Nivel 2	
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Xanthine Mixtures - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG (colloidal bismuth subcitrate/metronidazole/tetracycline HCl)	Nivel 2	
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbitur-Antihist Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Ondansetron tablets or ODT within the past 120 days; QL (8 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (50 ML per 15 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 16 mg</i>	Nivel 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (granisetron)	Nivel 2	QL (1 EA per 7 days)
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbiturate Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Nivel 1	
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 3 DAY 1 MG OVER 3 DAYS (scopolamine)	Nivel 2	
Asthma Therapy - Xanthine-Expectorant Combinations - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	Nivel 1	QL (112 EA per 10 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMECLAMOX-PAK ORAL COMBO PACK 20 MG-500 MG-500 MG (40) (omeprazole/clarithromycin/amoxicillin trihydrate)	Nivel 2	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG (omeprazole magnesium/amoxicillin trihydrate/rifabutin)	Nivel 2	QL (168 EA per 14 days); Age (Min 18 Years)
Combinaciones De Absorbentes-Modificadores De Flora Intestinal Antidiarreico Gi - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS-PECTIN ORAL CAPSULE 75 MILLION CELL -100 MG (Lactobacillus acidophilus/pectin)	Nivel 2	
Cough And Cold Or Allergy Combinations Other - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium)	Nivel 1	
Estreñimiento Idiopático Crónico Agentes - Agonistas De Guanilata Ciclasa-C (Gc-C) - Drugs For Constipation		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Expectorant Combinations - Other - Drugs To Prevent Constipation		
BENEFIBER (INULIN-CORN FIBER) ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (soluble corn fiber/inulin)	Nivel 2	
BENEFIBER (WHEAT DEXTRIN) ORAL TABLET 1 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 2	
BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/3.5 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 2	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 2	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 2	
BENEFIBER SUGAR FREE (INULIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM (inulin)	Nivel 2	
BEST FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.5 GRAM, 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 1	
CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 GRAM (polydextrose)	Nivel 1	
CLEAR FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (dextrin)	Nivel 1	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-ASPART) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM, 3.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-SUCROSE) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
DAILY FIBER ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
EASY FIBER (WHEAT DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM-100 MG CALCIUM (wheat dextrin/calcium carbonate)	Nivel 1	
EASY FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (dextrin)	Nivel 1	
FIBER (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/4 GRAM (dextrin)	Nivel 1	
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/11 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 2	
FIBER (WITH ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose/vitamin B complex)	Nivel 1	
FIBER GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 1	
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 1	
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
FIBERWELL ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose)	Nivel 2	
GERI-MUCIL (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
GERI-MUCIL (SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
KONSYL SUGAR-FREE ORAL POWDER IN PACKET 6 GRAM (psyllium husk)	Nivel 2	
METAMUCIL (INULIN-CORN FIBER) ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (soluble corn fiber/inulin)	Nivel 2	
NUTRISOURCE FIBER ORAL PACKET (guar gum)	Nivel 1	
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER (guar gum)	Nivel 1	
PREBIOTIC FIBER (FOS) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (fructooligosaccharides)	Nivel 1	
PREBIOTIC FIBER DIGESTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 1	
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Nivel 1	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/ 3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Nivel 2	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Nivel 1	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM, 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 2	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>prucalopride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
H.Pylori Therapy-Potassium-Competitive Acid Blocker And Antibiotics - Drugs For The Stomach		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)-500 MG (84) (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate)	Nivel 2	PA; QL (112 EA per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin)	Nivel 2	PA; QL (112 EA per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inflammatory Bowel Agent - Interleukin-23 (IL-23) Inhibitor, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2), 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (mirikizumab-mrkz)	Nivel 4	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2), 300MG/3ML(100MG /ML-200 MG/2ML) (mirikizumab-mrkz)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (risankizumab-rzaa)	Nivel 4	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Nivel 2	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 2	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE, DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 2	PA
Laxantes - Combinaciones De Estimulantes Y Salinas/Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 350, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (350 ML per 1 FILL)
Laxantes - Salinos/Mezclas Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg (Gavilyte-N Oral Recon Soln 420 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
GOLYTELY ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 2	QL (4000 ML per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOVIPREP ORAL POWDER IN PACKET 100-7.5-2.691 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (3 EA per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (354 ML per 1 FILL)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (2 EA per 1 FILL)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate)	Nivel 2	QL (354 ML per 1 FILL)
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (24 EA per 1 FILL)
Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Nivel 2	
PANCREAZE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
PERTZYE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Nivel 1	
CORTENEMA RECTAL ENEMA 100 MG/60 ML (hydrocortisone)	Nivel 2	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Nivel 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Nivel 2	PA
UCERIS ORAL TABLET, DELAYED AND EXT. RELEASE 9 MG (budesonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 2	
Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus, salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 1	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Nivel 1	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Nivel 1	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVANCED PROBIOTIC ORAL CAPSULE 625 MG (10 BILLION CELL) (L.acidophilus/L.casei/L.lactis/L.rhamnosus/B.lactis/B.longum)	Nivel 2	
ALIGN DUALBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.25 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 2	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 2	
AZO VAGINAL HEALTH PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Nivel 2	
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 2	
BENEFIBER ADVANCED ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/maltodextrin/guar gum)	Nivel 2	
BENEFIBER DUAL ACTION ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.5 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 2	
BENEFIBER DUAL ACTION-THEANINE ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 3 GRAM-200 MG (Bacillus coagulans/inulin/theanine)	Nivel 2	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIOMEPRO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 2	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 2	
BIOTINEX ORAL CAPSULE 700 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 2	
BIOZEN ORAL CAPSULE 15.5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
CHILD PROBIOTIC DIGEST-IMMUNE ORAL TABLET, CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus, salivarius/B. bifidum/S. thermophil)	Nivel 2	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET, CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Nivel 1	
CHILDREN'S DAILY PROBIOTIC ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 1	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET, CHEWABLE 5 BILLION CELL (L. acidophilus, casei, rhamnosus/B. breve, longum)	Nivel 1	
CLAIRVEE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Nivel 2	
CRANBERRY-PROBIOTIC(BLEND)-VITC ORAL TABLET 150 MM CELL- 250 MG-30 MG (L. acidophilus/L. salivar/B. bifidum/S. thermophilus/cranberry/C)	Nivel 2	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Nivel 2	
CULTURELLE BABY COLIC-SOOTHING ORAL DROPS 250 MM CELL-10 MCG/5 DROPS (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG/vitamin D3)	Nivel 2	
CULTURELLE BABY DIGESTIVE CALM ORAL DROPS 2 BILLION CELL/5 DROPS (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Nivel 2	
CULTURELLE BABY HEALTH DEVELOP ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 50 MG-300 MG (L. rhamnosus/B. animalis/dha/fucosyllactose/vitamin D3)	Nivel 2	
CULTURELLE BLOATING GAS ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 285 MG-50 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/enzymes,digestive/ginger/minerals)	Nivel 2	
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Nivel 2	
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 BILLION CELL -90 MG-3 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS 4 IN 1 IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-20 MCG (L. rhamnosus/ascorbic acid/vitamin D3/zinc oxide/elderberry)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS GROW-THRIVE ORAL POWDER IN PACKET 3.5 BILLION CELL-1 GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobac animalis/fucosyllactose/D3)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL- 90 MG-1.88 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE KIDS PROBIO-FIBER ORAL POWDER IN PACKET 2.5 BILLION CELL-3.5 GRAM (Lactobacillus rhamnosus GG/fiber)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS PROBIOT-FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
CULTURELLE MEN'S DAILY HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -90 MG (L. rhamnosus/vit C/vit D3/vit B6/vit B12/magnesium ox/selen)	Nivel 2	
CULTURELLE METABOLISM-WT MGMT ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus rhamnosus/Bifido animalis/vit B6/vit B12)	Nivel 2	
CULTURELLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
CULTURELLE PROBIOTIC-PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 2	
CULTURELLE SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus rhamnosus/vit B6/B12)	Nivel 2	
CULTURELLE WOMEN'S 4-IN-1 ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL -15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 2	
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Nivel 1	
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS) ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 1	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combination no.10)	Nivel 2	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-3,000 UNIT (Bacillus coagulans/lactase)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 140 MG (Bacillus coagulans/calcium carbonate)	Nivel 2	
DIGESTIVE PROBIOTIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 1	
ENVIVE ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
ESTROVEN SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus rhamnosus/vit B6/B12)	Nivel 2	
FEM DOPHILUS ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
FLORAJEN WOMEN ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
FLORAMAX ORAL TABLET 1 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus bulgaricus)	Nivel 1	
FLORASAVE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus no.65/Bifidobac no.7/B.subtilis/bacteriophages)	Nivel 2	
FLORASTART ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE 250-62.5-30 MG (S.boulardii/enzymes/ginger/peppermint leaf/fennel)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORASTOR DIGEST-METABOLIC ORAL TABLET,CHEWABLE 500MILLION CELL -1 GRAM-125 MCG (Bacillus coagulans/inulin/cyanocobalamin)	Nivel 2	
FLORASTOR WOMAN'S PROBIOTIC ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -200 MG (L.acidophilus/L.paracasei/L.rhamnosus/theanine)	Nivel 2	
FLORASTORBABY ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 2	
FLORASTORKIDS ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 2	
FLORASTORSELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE 250-300 MG (Saccharomyces boulardii/inulin)	Nivel 2	
FLORASTORSELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Nivel 2	
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Nivel 2	
FORTIFY OPT ADV (L. SALIVARUS) ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.83/Bifido animal,bifid,infant/inulin/acacia)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL -75 MG (Lactobac no.108/B.animal,bifid,infant/S.therm/inulin/acacia)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/B.animalis/B.bifidum/B.infantis)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTIFY OPTIMA WOMEN ADVANCED ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 90 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.102/Bifid anim,bifid/L.lactis/inulin/acacia)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L.acidophilus,gasseri/Bifidobact animalis,bifidum,infantis)	Nivel 2	
FORTIFY PROBIOTIC 50 PLUS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.21/Bifidobacterium combo no.7/inulin)	Nivel 2	
FORTIFY PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifido animalis, bifidum/inulin)	Nivel 2	
FORTIFY WOMEN PROBIO(L.SALIV.) ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.32/Bifidobacterium animalis/inulin)	Nivel 2	
FORTIFY WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifidobacterium animalis/inulin)	Nivel 2	
IDEAL BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei,plantarum,rhamn/B.animalis,breve)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS BABY ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (Lactobacillus casei/L. rhamnosus/Bifido no.4/GOS)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JARRO-DOPHILUS EPS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 25 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobac no.19/Bifidobac breve,longum/Lactoc lactis/P. acidi)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS ORAL CAPSULE 3.4 BILLION CELL-210 MG (Lactobacillus no.33/Bifido animalis,longum/FOS/inulin)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS WOMEN ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
<i>L. acidophilus-b. coagulans oral tablet 35 million- 25 million cell</i>	Nivel 1	
LACTEOL DIARRHEASE KIDS ORAL POWDER IN PACKET 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 2	
LACTEOL DIARRHEASE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 2	
<i>lactobacillus acidophilus oral capsule 500 million cell</i>	Nivel 1	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 0.5 mg (100 million cell)</i>	Nivel 1	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 1 billion cell</i>	Nivel 1	
<i>lactobacillus acidoph-I.bulgar oral tablet 1 million cell</i>	Nivel 1	
LACTOVIVE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
MAGE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 15 BILLION CELL -15 MG (L. acidoph,rhamn/Bifido animalis/B. subtilis/bacteriophages)	Nivel 2	
MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 BILLION CELL -15 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MVW COMPLETE FORMUL PROBIOTIC ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 BILLION CELL -7.5 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Nivel 2	
NEWFLORA ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
NUGUT BOWEL SUPPORT PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Nivel 1	
OMNI-BIOTIC AB-10 ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (L.acid,parac,plant,rhamn,saliv-B.anim,bifid,long-E.faecium)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC BALANCE ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL (L.acidoph,casei,salivar/B.animalis/Lactococ.lactis/E.faecium)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC HETOX ORAL POWDER IN PACKET 15 BILLION CELL (L.acidophil,brevis,casei,sal/B.anim,bifid/Lactococcus lactis)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC PANDA ORAL POWDER IN PACKET 3 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis, bifidum/Lactococcus lactis)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE ORAL POWDER IN PACKET 7.5 BILLION CELL (L.acido,casei,para,plant,sali/B.anim,bif/Lactococcus lactis)	Nivel 2	
ONE-A-DAY TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
PREBIOMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 1.4 GRAM (xylooligosaccharides)	Nivel 2	
PRIMADOPHILUS BIFIDUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifidobact.breve,longum)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIMADOPHILUS ORIGINAL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
PRIMIDAR ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
PROBACAP ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
PROBICHEW ORAL TABLET, CHEWABLE 21 BILLION CELL - 1 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 2	
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 2 MG-12.5 MCG (L. helveticus, rhamnosus/B. longum/zinc yeast/selenium yeast)	Nivel 2	
PROBIOFLEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Nivel 2	
PROBIOMAX 350 DF ORAL POWDER IN PACKET 350 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 2	
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 45 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 2	
PROBIOMAX DAILY DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus, plantarum/Bifido animalis, longum)	Nivel 2	
PROBIOMAX DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus, plantarum/Bifido animalis, longum)	Nivel 2	
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-500 MG (Bacillus coagulans/hyperimmune egg)	Nivel 2	
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOMAX PLUS DF ORAL POWDER IN PACKET 40 BILLION CELL -1.5 GRAM (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,longum/S.boulardii/larch)	Nivel 2	
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL (L.acidophilus/L.plantarum/B.animalis/B.longum/S.boulardii)	Nivel 2	
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 17.5 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei)	Nivel 2	
PROBIONEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Nivel 2	
PROBIOTIC (B. COAGULANS) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL, 2.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 1	
PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
PROBIOTIC (WITH VITAMIN D3) ORAL TABLET,CHEWABLE 2 BILLION CELL- 5 MCG (Bacillus coagulans/cholecalciferol (vit D3))	Nivel 1	
PROBIOTIC ACIDOPHILUS (4 STRN) ORAL TABLET 1 BILLION CELL- 250 MG (Lactobac acidophilus/L.bulgaricus/B.bifidum/S.thermophilus)	Nivel 1	
PROBIOTIC ACIDOPHILUS(14-STRN) ORAL TABLET,CHEWABLE 3 BILLION CELL (Lactobacillus no.66/Bifidobacterium no.4/S.thermophilus)	Nivel 1	
PROBIOTIC COLON SUPPORT ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (Lactobacillus gasseri/Bifidobacterium bifidum/Bifido longum)	Nivel 1	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN) ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -100 MG (L.acidoph, bulgar, paracasei, rhamnosu/B. animalis, longum/inulin)	Nivel 1	
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM, INULN) ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Nivel 1	
PROBIOTIC DIGEST(LACTO, BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Nivel 1	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Nivel 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 1	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Nivel 2	
PROBIOTIC PEARLS COMPLETE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.13)	Nivel 2	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Nivel 2	
PROBIOTIC-10 ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (L.acid, brev, bulg, casei, parac, plant, saliv/Bifidobac animalis)	Nivel 1	
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET, CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans, subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
PROMELLA ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
RELIBIOTIC ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
REVITAFLO ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
saccharomyces boulardii oral capsule 250 mg	Nivel 1	
saccharomyces boulardii-yeast oral capsule, delayed release(drlec) 5 billion cell- 200 mg	Nivel 1	
SENIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 1	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-BLEND ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis/Bifidobacterium infantis/S.thermoph)	Nivel 2	
SUPERIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobac.acidoph,plantar,rhamn/Bifidobac.animal,breve,lon gum)	Nivel 2	
SUREBIOTIC ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
TRUBIOTICS BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUBIOTICS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5BILLION CELL -7.5 MCG-1.8 G (Bacillus subtilis/cholecalciferol (vit D3)/inulin)	Nivel 2	
TRUBIOTICS KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 6 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Nivel 2	
TRUBIOTICS KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1.8 GRAM (Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 2	
TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 20 MCG (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis/vit D2)	Nivel 2	
UP4 PROBIOTICS MEN'S ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL -90 MG-30 MCG (Lactobac no.21/Bifidobac no.7/vit C/vit D3/vit B6/vit B12)	Nivel 2	
UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 2	
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.51/Bifidobacterium combo no.4)	Nivel 2	
UP4 PROBIOTICS WOMEN'S ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 250 MG (L.acidophilus/L.gasseri/L.plant/L.rham/B.animalis/cranberry)	Nivel 2	
UP4 PROBIOTICS-PREBIOTICS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Nivel 2	
WELLPRO-31 ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lactulose oral packet 20 gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Lactulose solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Nivel 2	
Úlcera Péptica - Citprotectores Adherentes Al Lumen Gástrico - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
CARAFATE ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (sucralfate)	Nivel 2	
CARAFATE ORAL TABLET 1 GRAM (sucralfate)	Nivel 2	
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
Varias Combinaciones Antidiarreicas - Drugs For Diarrhea		
BANATROL PLUS ORAL POWDER IN PACKET (banana flakes/transgalactooligosaccharides)	Nivel 1	
Agentes De Terapia Respiratoria		
Asthma/Copd - Phosphodiesterase-3 And -4 (Pde3 And Pde4) Inhibitors		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 3 MG/2.5 ML (ensifentrine)	Nivel 2	PA
Bronchiectasis Therapy Agents		
BRINSUPRI ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (brensocatib)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs		
Ace Inhibitor And Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (236 ML per 1 FILL)
Agentes Nasales Post-Quirúrgicos - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Nivel 2	PA
Aminopenicillin Antibiotic Combinations - Extended Release - Drugs For Cystic Fibrosis		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (mannitol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for inhaled 7% Sodium Chloride solution within the past 120 days; QL (20 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Anestesia Nasal - Allergy		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Nivel 1	
GOPRELTO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 2	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 4	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
DYMISTA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 137-50 MCG/SPRAY (azelastine HCl/fluticasone propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Nivel 2	QL (29 GM per 30 days)
Antibacterial Adjuvants - Drugs For Cystic Fibrosis		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (ivacaftor)	Nivel 2	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Nivel 2	PA
Antibacterial Nitrofurant Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Antihistamínico De 1era Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihistamínico De 1Era Generación-Descongestivo-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Nivel 1	
Antihistamínico De 2Da Generación-Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (desloratadine/pseudoephedrine sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
Antihistamínicos - 1Era Generación - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral suspension, extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Carbinoxamine 4mg tablets and IR solution within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
carbinoxamine maleate (Carbzah Oral Liquid 4 Mg/5 MI)	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemasz Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemsza Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (236 ML per 1 FILL)
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 4	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperazinas - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperidinas - Drugs For Allergies		
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 2	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
Antihyperlipidemic Agents Other - Drugs For Allergies		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopamine Precursors - Drugs For The Lungs		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 2	PA
Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Antiamebic Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	Nivel 2	QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiprotozoal-Antibacterial - Nitroimidazole-Anticholinergic Comb - Drugs For Asthma/Copd		
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (tiotropium bromide)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Spiriva Respimat or Incruse Ellipta within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (revefenacin)	Nivel 2	QL (90 ML per 30 days)
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag- Benzisoxazole Deriv - Drugs For The Lungs		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG (pirfenidone)	Nivel 2	PA
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG (pirfenidone)	Nivel 2	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitusivo No-Opioide-Antihistamínico De 1Era Gen-Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/dextromethorphan (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 MI)	Nivel 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antitussives - Drugs For Asthma/Copd		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML, 1 MG/2 ML (budesonide)	Nivel 2	QL (120 ML per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	QL (21.2 GM per 30 days)
Antitussives - Non-Opioid - Drugs For Asthma/Copd		
<i>zileuton oral tablet, er multiphase 12 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG (roflumilast)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (10.7 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenat)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenat)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Thymic Stromal Lymphopoietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Nivel 4	PA
Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbinoxamine maleate oral suspension, extended rel 12 hr 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Carbinoxamine 4mg tablets and IR solution within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
carbinoxamine maleate (Carbzah Oral Liquid 4 Mg/5 ML)	Nivel 1	Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemasz Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
clemastine fumarate (Clemsza Oral Tablet 2.68 Mg)	Nivel 1	
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 ML)	Nivel 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for immediate release Carbinoxamine Maleate oral solution within the past 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
Central Alpha-2 Agonists-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>ciproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ciproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinación Antitusivo Opioide-Antihistamínico De 1Era Generación-Comb. De Descongestivo - Drugs For Cough And Cold		
HISTEX-AC ORAL SYRUP 2.5-10-10 MG/5 ML (triprolidine HCl/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 2	Age (Min 12 Years)
MAR-COF BP ORAL LIQUID 2-30-7.5 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (chlorpheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 2	Age (Min 12 Years)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (brompheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Nivel 2	Age (Min 12 Years)
RYDEX ORAL LIQUID 1.3-10-6.3 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opioide-Anticolinérgico - Drugs For Cough And Cold		
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) ORAL TABLET 5-1.5 MG (hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral solution 5-1.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Solution 5-1.5 Mg/5 MI)	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones Antitusivo Opiode-Descongestivo-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID 30-10-200 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 2	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN DAC ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
<i>codeine-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
G TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAR-COF CG ORAL LIQUID 7.5-225 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 8-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Lavados Nasales - Allergy		
ALKALOL NASAL WASH NASAL SOLUTION (menthol/eucal/thymol/camphor/benz/sod chloride/pot chlorate)	Nivel 2	
Diuretic - Miscellaneous - Allergy		
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diuretic - Miscellaneous And Potassium Combinations - Allergy		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	Nivel 1	
Diuretic - Osmotic - Allergy		
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Nivel 1	QL (25 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG (ciclesonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (5 GM per 12 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.8 GM per 30 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (10.6 GM per 30 days)
TICANASE NASAL KIT, SPRAY SUSPENSION AND SPRAY 50 MCG- 0.9 % (fluticasone propionate/sodium chloride/sodium bicarbonate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following intranasal corticosteroids: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Mometasone within the past 120 days; QL (32 ML per 30 days)
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.1 GM per 30 days)
Expectorants - Single Agents, General - Drugs For Asthma/Copd		
ACCOLATE ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (zafirlukast)	Nivel 2	
montelukast oral granules in packet 4 mg	Nivel 1	
montelukast oral tablet 10 mg	Nivel 1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg	Nivel 1	
SINGULAIR ORAL GRANULES IN PACKET 4 MG (montelukast sodium)	Nivel 2	
SINGULAIR ORAL TABLET 10 MG (montelukast sodium)	Nivel 2	
SINGULAIR ORAL TABLET, CHEWABLE 4 MG, 5 MG (montelukast sodium)	Nivel 2	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis		
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML (tobramycin)	Nivel 2	
KITABIS PAK INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin/nebulizer)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOBI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin in 0.225 % sodium chloride)	Nivel 2	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Nivel 2	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Nivel 2	
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Drugs For Cystic Fibrosis		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (aztreonam lysine)	Nivel 2	
Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG (vanzacaftor calcium/tezacaftor/deutivacaftor)	Nivel 2	PA
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Nivel 2	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Nivel 2	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 2	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 2	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Implante De Corticoesteroide Para Mantener Permeabilidad Sinusal - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Nivel 2	PA
Medical Supplies And Dme - Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Perforomist, Serevent, or Striverdi within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
BROVANA INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 15 MCG/2 ML (arformoterol tartrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Perforomist, Serevent, or Striverdi within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 20 MCG/2 ML (formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (120 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Oral Hygiene- Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
XOPENEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION (levalbuterol tartrate)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Peritoneal Dialysis Devices - Drugs For Cough And Cold		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension, extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG (chlorpheniramine maleate/codeine phosphate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Promethazine/Codeine within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Nivel 2	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Nivel 2	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Nivel 2	
Peripheral Alpha-1 Receptor Blocker-Diuretic Combination - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 2	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Nivel 4	
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Il-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Il-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Il-5) - Drugs For Asthma/Copd		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Nivel 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Nivel 4	PA
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales Para Inmunoglobina E (Ige) - Drugs For Asthma/Copd		
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Asma - Xantinas - Drugs For Asthma/Copd		
theophylline anhydrous (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 MI)	Nivel 1	
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG (theophylline anhydrous)	Nivel 2	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Anticolinérgico - Drugs For Asthma/Copd		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG (glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide/albuterol sulfate)	Nivel 2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide/formoterol fumarate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide/olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Glucocorticoide - Drugs For Asthma/Copd		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (12 GM per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 113-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION, 55-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Nivel 2	QL (32.1 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
budesonide/formoterol fumarate (Breyna Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (39 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION (budesonide/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (30.9 GM per 30 days)
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar		
Agents To Treat Cerebrotendinous Xanthomatosis (Ctx)		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 2	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 2	PA
Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Nivel 2	PA
Peroxisome Proliferator-Activated Receptor (Ppar) Agonist		
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG (elafibranor)	Nivel 2	PA
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG (seladelpar lysine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver		
Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver		
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Nivel 2	PA
Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Nivel 2	PA
BYLVAY ORAL PELLET 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Nivel 2	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Nivel 2	PA
LIVMARLI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (maralixibat chloride)	Nivel 2	PA
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos		
Analgesic - Opioid Antagonists		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 2	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 2	
Analgesic - Selective Sodium Channel Blockers		
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG (suzetrigine)	Nivel 2	PA
Anti-Inflammatory - Antimitotics		
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever		
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, No-Selectivos - Arthritis And Pain Drugs		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, Tnf-Alfa Sel - Arthritis And Pain Drugs		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 4	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 4	PA
Agonistas De Analgésico De Opioides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML (meperidine HCl/PF)	Nivel 4	
DEMEROL INJECTION SOLUTION 50 MG/ML (meperidine HCl)	Nivel 4	
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (hydromorphone HCl/PF)	Nivel 4	
DILAUDID ORAL LIQUID 1 MG/ML (hydromorphone HCl)	Nivel 2	
DILAUDID ORAL TABLET 2 MG, 4 MG, 8 MG (hydromorphone HCl)	Nivel 2	
DISKETS ORAL TABLET, SOLUBLE 40 MG (methadone HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET IN APPLICATOR 30 MCG (sufentanil citrate)	Nivel 2	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9% nacl intravenous pt controlled analgesia syring 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 4	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydromorphone rectal suppository 3 mg</i>	Nivel 1	
HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 24 HR 100 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (hydrocodone bitartrate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>meperidine (pf) injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Nivel 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (40 ML per 1 day)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (methadone HCl)	Nivel 2	QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 4	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 2	
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG, 15 MG, 200 MG, 30 MG, 60 MG (morphine sulfate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (tapentadol HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (oxycodone HCl)	Nivel 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)	Nivel 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>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION 5 MG/ML (tramadol HCl)	Nivel 2	
ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (oxycodone HCl)	Nivel 2	
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 10 MG, 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone HCl)	Nivel 2	
<i>tramadol oral capsule,er biphase 24 hr 17-83 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral capsule,er biphase 24 hr 25-75 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (8 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Dihidrocodeína, Analgésico No-Salicilato, Xantina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Hidrocodona Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
APADAZ ORAL TABLET 4.08-325 MG, 6.12-325 MG, 8.16-325 MG (benzhydrocodone HCl/acetaminophen)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 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>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Hidrocodona Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Analgésico De Opioide Oxycodona Y Combinaciones De No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 2	QL (66 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Analgésico De Opiode Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opiode Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Nivel 2	
Analgésico Nsaid Y Combinación De Analgésico No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
COMBOGESIC ORAL TABLET 97.5-325 MG (ibuprofen/acetaminophen)	Nivel 2	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs		
ARTHROTEC 50 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 50-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 2	
ARTHROTEC 75 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 75-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
Analgesico Nsaid Y Combinaciones De Antagonista De Receptor De Histamina H2 - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic prescription strength Ibuprofen 400, 600, or 800mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgesico Nsaid Y Combinaciones De Inhibidor De Bomba De Protones - Arthritis And Pain Drugs		
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Naproxen within the past 120 days
Analgesico Nsaid Y Combinaciones De Irritante Tópico Y Antiirritante - Arthritis And Pain Drugs		
INFLAMMACIN KIT 75 MG- 0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL) KIT, GEL AND TABLET DELAY REL 75 MG-3 %- 3 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 2	
NAPROTIN KIT 500 MG- 0.025 % (naproxen/capsicum oleoresin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 400 MG, 50 MG (celecoxib)	Nivel 2	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos De Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
DISALCID ORAL TABLET 500 MG, 750 MG (salsalate)	Nivel 2	
DOLOBID ORAL TABLET 250 MG (diflunisal)	Nivel 2	
DOLOBID ORAL TABLET 375 MG (diflunisal)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg	Nivel 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs		
meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg	Nivel 1	
mefenamic acid oral capsule 250 mg	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs		
diclofenac potassium oral capsule 25 mg	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg	Nivel 1	
diclofenac potassium oral tablet 25 mg	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	Nivel 1	
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	Nivel 1	
diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
TRESNI RECTAL SUPPOSITORY 100 MG (diclofenac sodium)	Nivel 2	
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs		
ANAPROX DS ORAL TABLET 550 MG (naproxen sodium)	Nivel 2	
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Nivel 1	
DAYPRO ORAL TABLET 600 MG (oxaprozin)	Nivel 2	
EC-NAPROSYN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 2	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
FENOPRON ORAL CAPSULE 300 MG (fenoprofen calcium)	Nivel 2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Nivel 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Nivel 2	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 300 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Nivel 1	
ketoprofen (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbipr Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbiro Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
NAPROSYN ORAL TABLET 500 MG (naproxen)	Nivel 2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxaprozin oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Oxicam - Arthritis And Pain Drugs		
FELDENE ORAL CAPSULE 20 MG (piroxicam)	Nivel 2	
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam submicronized oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior precriptions for generic Meloxicam and Diclofenac tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Nivel 4	
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Nivel 4	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 5 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
RELAFEN DS ORAL TABLET 1,000 MG (nabumetone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Nabumetone tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
SPRIX NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15.75 MG/SPRAY (ketorolac tromethamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic nonsteroidal anti-inflammatory drug within the past 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Inhibidores De Ciclooxygenasa-No Selectiva) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac (Lodine Oral Tablet 400 Mg)</i>	Nivel 2	
Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Nivel 4	PA
Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Nivel 2	PA
Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs		
<i>azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)</i>	Nivel 2	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 2	
Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Oxycodona - Arthritis And Pain Drugs		
oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 2	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Analgésico De Opioides Dihidrocodeína - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Salicilato Analgésico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Combinaciones De Salicilato Analgésico Y Sedantes - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-aspirin-cafeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-aspirin-cafeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
Contraceptive Injectable - Progestin - Arthritis And Pain Drugs		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 2	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (upadacitinib)	Nivel 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Nivel 2	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Nivel 2	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 2	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dmard - Antagonista De Receptor De Interleucinas-1 (El-1Ra) - Arthritis And Pain Drugs		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (anakinra)	Nivel 4	PA
Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 2	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 2	PA
Dmard - Inhibidores De Receptor De Interleucinas-6 (Il-6), Anticuerpo Monoclonal - Arthritis And Pain Drugs		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 4	PA
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 4	
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 4	
Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs		
ARAVA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (leflunomide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEFLUNICLO KIT, GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 2	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
Immunomodulator - Rho Kinase Inhibitor - Arthritis And Pain Drugs		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (belumosudil mesylate)	Nivel 2	PA
Inmunomodulador Estimulante De B-Linfocito (Blys)-Mcab Inhibidor Específico - Arthritis And Pain Drugs		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (belimumab)	Nivel 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (belimumab)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Air Cleaners - Arthritis And Pain Drugs		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (abatacept)	Nivel 4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Nivel 4	PA
Spermicides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i>	Nivel 1	
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	Nivel 2	
Urinary Anti-Infective Combinations - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule 50-300 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Butalbital/acetaminophen 50mg-325mg combination product within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral solution 50-325-40 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Esgic Oral Tablet 50-325-40 Mg)	Nivel 2	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Urinary Antispasmodics - Arthritis And Pain Drugs		
BELBUCA BUCCAL FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG (buprenorphine HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 4	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 4	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MCG/HOUR, 15 MCG/HOUR, 20 MCG/HOUR, 5 MCG/HOUR, 7.5 MCG/HOUR (buprenorphine)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	
Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
FIORICET WITH CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG (butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine phosphate)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (1.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Nivel 4	QL (0.6 ML per 28 days)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 4	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 4	PA
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever		
Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
FORANE INHALATION LIQUID 99.9 % (isoflurane)	Nivel 2	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid 99.97 %</i>	Nivel 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Nivel 2	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
ULTANE INHALATION LIQUID 99.97 % (sevoflurane)	Nivel 2	
Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anestesia, No-Parenteral-Benzodiacepinas-Combinaciones Anti-Eméticas - Drugs For Sedation		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (midazolam/ketamine HCl/ondansetron HCl)	Nivel 1	
Complementos De Anestesia General - Opioide - Drugs For Sedation		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 4	
Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 2	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 2	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
Anthelmintic		
Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Caseinolytic Protease P (Clpp) Activators		
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG (dordaviprone HCl)	Nivel 2	PA; QL (20 EA per 28 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (mometotinib dihydrochloride)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Menin Inhibitors		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG (revumenib citrate)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Systemic Enzyme Inhibitors Combinations		
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG (avutometinib potassium/defactinib hydrochloride)	Nivel 2	PA
Antineoplastic-Isocitrate Dehydrogenase-1 And -2 (Idh1 And Idh2) Inhib		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG (vorasidenib citrate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anthelmintic - Drugs For Cancer		
Agentes De Protección Del Tracto Urinario Usados En Conjunto Con Quimioterapia - Drugs For Cancer		
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Nivel 2	
Agentes De Rescate De Metotrexato - De Tipo Antagonista De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 2	PA
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 2	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 2	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 2	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 2	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 2	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilulfanato - Drugs For Cancer		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Nivel 2	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer		
ALKERAN ORAL TABLET 2 MG (melphalan)	Nivel 2	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 2	
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Nivel 2	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Drugs For Cancer		
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	
Antineoplásico - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 4	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	PA
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Nivel 2	PA
XELODA ORAL TABLET 150 MG, 500 MG (capecitabine)	Nivel 2	PA
Antineoplasico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer		
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer		
HYDREA ORAL CAPSULE 500 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplásico - Antimetabolitos - Combinaciones De Análogos De Pirimidina - Drugs For Cancer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (trifluridine/tipiracil HCl)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Nivel 2	
Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplásico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Cancer		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE 100 MG/5 ML (cromolyn sodium)	Nivel 2	
Antineoplásico - Inhib De Cinasa De Receptores De Factor De Crecimiento De Fibroblasto (Fgfr) - Drugs For Cancer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (erdafitinib)	Nivel 2	PA
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) (futibatinib)	Nivel 2	PA
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidor De Quinasa Receptora De Tropomiosina (Trk) - Drugs For Cancer		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (larotrectinib sulfate)	Nivel 2	PA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Exportina-1 (Xpo1) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Nivel 2	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Nivel 2	PA
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Nivel 2	PA
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (ensartinib hydrochloride)	Nivel 2	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Nivel 2	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Nivel 2	PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma-2 De Células B (Bcl-2) - Drugs For Cancer		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG (venetoclax)	Nivel 2	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Nivel 2	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer		
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG (inavolisib)	Nivel 2	PA
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (alpelisib)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Nivel 2	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Nivel 2	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Nivel 2	PA
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG (repotrectinib)	Nivel 2	PA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Nivel 2	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Nivel 2	PA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Nivel 2	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 2	PA
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 2	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 2	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Nivel 2	PA
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG (nilotinib tartrate)	Nivel 2	PA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 2	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Nivel 2	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLEEVEC ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (imatinib mesylate)	Nivel 2	PA
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG (taletrectinib adipate)	Nivel 2	PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 2	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 2	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 2	PA
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML (imatinib mesylate)	Nivel 2	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Nivel 2	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 2	PA
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (lenvatinib mesylate)	Nivel 2	PA
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 2	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Nivel 2	PA
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG (vimseltinib)	Nivel 2	PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Nivel 2	PA
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Nivel 2	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Nivel 2	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Nivel 2	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (sunitinib malate)	Nivel 2	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Nivel 2	PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Nivel 2	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Nivel 2	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Nivel 2	PA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG (pazopanib HCl)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Nivel 2	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Nivel 2	PA
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) (tovorafenib)	Nivel 2	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 2	PA
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 2	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG (mirdametinib)	Nivel 2	PA
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG (mirdametinib)	Nivel 2	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate)	Nivel 2	PA
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 2	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 2	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
everolimus (Torpenz Oral Tablet 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirosina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Nivel 2	PA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores Selectivos De Exportación Nuclear (Sine) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 2	PA
Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Nivel 4	PA
Antineoplásico - Quinasa De Janus(Jak), Inhib De Tipo Fms De Tirosina Quinasa(Flt) - Drugs For Cancer		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (fedratinib dihydrochloride)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Nivel 4	QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Nivel 4	QL (1 EA per 30 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer		
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG (zongertinib)	Nivel 2	PA; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Nivel 2	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG (sotorasib)	Nivel 2	PA
Antineoplastic - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Nivel 2	PA
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Nivel 2	PA
Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Nivel 2	PA
Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitubercular - Rifamycin And Derivatives - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 2	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 2	PA
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Nivel 2	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Nivel 2	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Nivel 2	PA
Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 2	QL (24 EA per 14 days)
Hepatitis C - Interferons - Drugs For Cancer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 2	PA
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 2	PA
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) (ribociclib succinate)	Nivel 2	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Nivel 2	PA
Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Nivel 2	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Nivel 2	PA
Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Nivel 4	
Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (ruxolitinib phosphate)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxisilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 2	PA
abiraterone acetate (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 2	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 2	PA
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 1Era Generación - Drugs For Cancer		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 2	PA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG (gefitinib)	Nivel 2	PA
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG (erlotinib HCl)	Nivel 2	PA
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer		
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG (lazertinib mesylate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Nivel 2	PA
Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
TYKERB ORAL TABLET 250 MG (lapatinib ditosylate)	Nivel 2	PA
Medical Supplies And Dme - Masks - Drugs For Cancer		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Nivel 2	PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (lenalidomide)	Nivel 2	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA
Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Nivel 2	PA
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (cabozantinib s-malate)	Nivel 2	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Nivel 2	PA
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG (sorafenib tosylate)	Nivel 2	PA
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Nivel 2	PA
Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	PA
TARGRETIN ORAL CAPSULE 75 MG (bexarotene)	Nivel 2	PA
Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Nivel 2	
Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	Nivel 2	
Prostaglandins - Drugs For Cancer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Nivel 2	
Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer		
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Nivel 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Nivel 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 4	PA
Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
ARIMIDEX ORAL TABLET 1 MG (anastrozole)	PV	
AROMASIN ORAL TABLET 25 MG (exemestane)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
FEMARA ORAL TABLET 2.5 MG (letrozole)	Nivel 2	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Vaccines - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 2	PA
abiraterone acetate (Abitrega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 2	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
CASODEX ORAL TABLET 50 MG (bicalutamide)	Nivel 2	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Nivel 2	PA
NILANDRON ORAL TABLET 150 MG (nilutamide)	Nivel 2	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Nivel 2	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Nivel 2	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Nivel 2	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 2	PA
Vaccines - Viral - Drugs For Cancer		
FARESTON ORAL TABLET 60 MG (toremifene citrate)	Nivel 2	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Nivel 2	
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women		
Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	PV	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
levonorgestrel oral tablet 1.5 mg	PV	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	PV	
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (estradiol valerate/dienogest)	PV	
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Rosyrah Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-20 Mcg/0.15 Mg-25 Mcg)	PV	
Anticonceptivos - Intravaginales, Sistémicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
ANNOVERA VAGINAL RING 0.15-0.013 MG/24 HOUR (segesterone acetate/ethinyl estradiol)	PV	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	PV	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	PV	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	PV	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	PV	
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR (etonogestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 2	
Anticonceptivos De Emergencia - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	PV	
Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	PV	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Meleya Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	PV	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	PV	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	PV	
norethindrone (Orquidea Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	PV	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
AVERI ORAL TABLET 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG(7) (desogestrel/ethinyl estradiol/ferrous bis-glycinate chelate)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron)	Nivel 2	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	PV	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	PV	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Feirza Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7), 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG (norethindrone acetate/ethinyl estradiol)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Galbriela Oral Tablet,Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Introvale Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Kaitlib Fe Oral Tablet, Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
LAYOLIS FE ORAL TABLET, CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	PV	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 2	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 2	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 2	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 2	
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Minzoya Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	PV	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
TAYTULLA ORAL CAPSULE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Valtya Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xelria Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 2	
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 2	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
Antineoplastic - Photosensitizers - Birth Control Pills		
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	PV	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xarah Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	PV	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	PV	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	PV	
Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	PV	
Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	PV	
Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	PV	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

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

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Pimtrea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
Diagnostic Test Reagents - Birth Control Pills		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 4	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML (medroxyprogesterone acetate)	PV	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	PV	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	PV	
Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills		
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM (copper)	PV	
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	PV	
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	PV	
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease		
Metabolic Disease Enzyme Replacement, Molybdenum Cofactor Deficiency - Drugs For Metabolic Disease		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (fosdenopterin hydrobromide)	Nivel 4	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Hipofosfatasa - Drugs For Metabolic Disease		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML (asfotase alfa)	Nivel 4	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Inmunodeficiencia Severa Combinada - Drugs For Metabolic Disease		
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (elapegademase-lvlr)	Nivel 4	PA
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Nivel 2	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
SYPRINE ORAL CAPSULE 250 MG (trientine HCl)	Nivel 2	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Nivel 2	
Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 4	PA
DESFERAL INJECTION RECON SOLN 500 MG (deferoxamine mesylate)	Nivel 4	PA
EXJADE ORAL TABLET, DISPERSIBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG (deferasirox)	Nivel 2	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG (deferiprone)	Nivel 2	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Nivel 2	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (deferiprone)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 2	PA
JADENU SPRINKLE ORAL GRANULES IN PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 2	PA
Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Nivel 2	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 4	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 4	PA
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (naldemedine tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antídoto - Agente De Reactivación De Colinesterasa - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 4	
Antídoto - Agentes De Anticolinesterásico - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 105 mg</i>	Nivel 2	
Antídoto - Envenenamiento De Acetaminofén - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antídoto Otros - Drugs For Overdose Or Poisoning		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (zinc acetate)	Nivel 2	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 2	
Cytoprotective Agents - Drugs For Overdose Or Poisoning		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (pralidoxime chloride/atropine sulfate)	Nivel 4	
Immunosuppressive - Calcineurin Inhibitors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 2	
Urinary Antispasmodic Combinations - Drugs For Overdose Or Poisoning		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (nalmeferene HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
REXTOVY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Nivel 4	QL (2 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic - Chlorine Releasing		
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein C-ii Synthesis Inhibitors		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 4	PA
Endothelin Receptor Antagonists		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Nivel 2	PA
VANRAFIA ORAL TABLET 0.75 MG (atrasentan hydrochloride)	Nivel 2	PA
Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Nivel 2	PA
Factor Xii Inhibitors		
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 ML (garadacimab-gxii)	Nivel 4	PA
Pah-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Nivel 2	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Antisense Oligonucleotide (Aso)		
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (donidalorsen sodium)	Nivel 4	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) (sotatercept-csrk)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart		
Abortifacients Or Cervical Ripening Agents - Prostaglandin Analogs - Drugs For The Heart		
digoxin (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Nivel 1	PA
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (digoxin)	Nivel 2	
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) (digoxin)	Nivel 2	PA
Agentes Antihipertensivo Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Drugs For High Blood Pressure		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (treprostinil diolamine)	Nivel 2	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Nivel 2	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Nivel 2	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Nivel 2	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML (treprostinil sodium)	Nivel 4	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16(112)-32(112) -48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Nivel 2	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Nivel 2	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 2	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Nivel 2	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 2	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Nivel 2	PA
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG (treprostinil sodium)	Nivel 2	PA
Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol		
<i>choline bitartrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>lecithin, soy oral capsule 1,200 mg</i>	Nivel 1	
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Nivel 2	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Nivel 2	
Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar-Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Nivel 2	PA
REVATIO ORAL TABLET 20 MG (sildenafil citrate)	Nivel 2	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Nivel 2	PA
Agentes De Pah - Agonistas Selectivos De Receptor De Protaciclina (Ip) - Drugs For High Blood Pressure		
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (selexipag)	Nivel 2	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Nivel 2	PA
Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Nivel 2	
<i>ethyl alcohol intra-arterial solution 99 %</i>	Nivel 1	
Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure		
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG (metyrosine)	Nivel 2	PA
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agonistas Central Alfa-2-Diuréticos De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.1 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 2	
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.2 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 2	
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.3 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 2	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
niacin (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	
Antagonistas De Receptor De Bradiquinina B2 - Drugs For The Heart		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/3 ML (icatibant acetate)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Nivel 4	PA
icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Nivel 4	PA
Antagonistas De Receptor Muscarínico (Anticolinérgico) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
ATROPEN INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 0.5 MG/0.7 ML, 1 MG/0.7 ML (atropine sulfate)	Nivel 4	
Antianginal - Potassium-Channel Agonists - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antianginal Agents Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
EDECRIN ORAL TABLET 25 MG (ethacrynic acid)	Nivel 2	PA
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	PA
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Nivel 4	PA
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
LASIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (furosemide)	Nivel 2	
SOAANZ ORAL TABLET 40 MG (torsemide)	Nivel 2	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Nivel 2	PA
Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	
COLESTID ORAL GRANULES 5 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 2	
COLESTID ORAL TABLET 1 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 2	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Questran Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 2	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder 4 Gram)	Nivel 2	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 2	
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM (colesevelam HCl)	Nivel 2	
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG (colesevelam HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiarrítmico - Tipo Iii - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Nivel 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
TIKOSYN ORAL CAPSULE 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG (dofetilide)	Nivel 2	
Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Nivel 2	PA
Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ARB LI ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (losartan potassium)	Nivel 2	PA
ATACAND ORAL TABLET 16 MG, 32 MG, 4 MG, 8 MG (candesartan cilexetil)	Nivel 2	
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG (irbesartan)	Nivel 2	
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 5 MG (olmesartan medoxomil)	Nivel 2	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
COZAAR ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (losartan potassium)	Nivel 2	
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG, 320 MG, 40 MG, 80 MG (valsartan)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (telmisartan)	Nivel 2	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valsartan tablets within the past 120 days
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET 10 MG (ezetimibe)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Nivel 2	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Rosuvastatin within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) (simvastatin)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (atorvastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Livalo within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Tipo De Ácido Graso Omega-3 - Drugs For Cholesterol		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
omega-3 acid ethyl esters (Lovaza Oral Capsule 1 Gram)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 2	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein Inhibitors - Drugs For Cholesterol		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 4	PA
Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acly) Inhibitor - Drugs For Cholesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihypertensive Therapy Agents - Drugs For Cholesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
FENOGLIDE ORAL TABLET 120 MG, 40 MG (fenofibrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
FIBRICOR ORAL TABLET 105 MG, 35 MG (fenofibric acid)	Nivel 2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
LIPOFEN ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (fenofibrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
LOPID ORAL TABLET 600 MG (gemfibrozil)	Nivel 2	
TRICOR ORAL TABLET 145 MG, 48 MG (fenofibrate nanocrystallized)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Beta Adrenergic Blockers - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
DYRENIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (triamterene)	Nivel 2	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Tiazida Diurético Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
TENORETIC 100 ORAL TABLET 100-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 2	
TENORETIC 50 ORAL TABLET 50-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 2	
Bloqueador Beta Selectivo No-Cardíaco-Diurético De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador De Canal De Calcio - Nsaid, Cox-2 Combinación De Inhibidor Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
CONSENSI ORAL TABLET 10-200 MG, 2.5-200 MG, 5-200 MG (amlodipine besylate/celecoxib)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueador De Receptores De Angiotensina II (Arb)-Bloqueador De Canal De Calcio-Diuretico - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-valsartan-hcthid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-12.5 MG, 5-160-25 MG (amlodipine besylate/valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1	
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG, 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (olmesartan medoxomil/amlodipine besylate/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiacepinas - Drugs For High Blood Pressure		
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG, 30 MG, 60 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem HCl)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Tiadylt Er Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
TIAZAC ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Dihidroporifinas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (levamlodipine maleate)	Nivel 2	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Nivel 2	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Nivel 2	PA
NORVASC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (amlodipine besylate)	Nivel 2	
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 30 MG, 60 MG, 90 MG (nifedipine)	Nivel 2	
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 17 MG, 34 MG, 8.5 MG (nisoldipine)	Nivel 2	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilaquilaminas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueantes Ganglionares, No-Despolarizantes - Drugs For High Blood Pressure		
VECAMYL ORAL TABLET 2.5 MG (mecamylamine HCl)	Nivel 2	PA
Calcium And Bone Metabolism Regulators - Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (carvedilol phosphate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (carvedilol)	Nivel 2	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>labetalol oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG, 32-12.5 MG, 32-25 MG (candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG (irbesartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 40-12.5 MG, 40-25 MG (olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG, 80-12.5 MG (valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG, 50-12.5 MG (losartan potassium/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 80-12.5 MG, 80-25 MG (telmisartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Nivel 2	PA
Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG (isosorbide dinitrate/hydralazine HCl)	Nivel 2	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	
Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Nivel 2	
Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (nebivolol HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 2	
LOPRESSOR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (metoprolol tartrate)	Nivel 2	PA
LOPRESSOR ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (metoprolol tartrate)	Nivel 2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TENORMIN ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (atenolol)	Nivel 2	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 2	
Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nimodipine oral solution 60 mg/20 ml</i>	Nivel 2	PA
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 2	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diuréticos - Ahorradores De Potasio-Tiazidas Y Combinaciones Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 2	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 2	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 2	
Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure		
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (tolvaptan)	Nivel 2	QL (30 EA per 365 days)
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (tolvaptan)	Nivel 2	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Nivel 2	QL (30 EA per 365 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	QL (60 EA per 365 days)
Diuréticos - Tiazidas Y Relacionados - Drugs For High Blood Pressure		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (chlorothiazide)	Nivel 2	
HEMICLOR ORAL TABLET 12.5 MG (chlorthalidone)	Nivel 2	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
INZIRQO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 MG/ML (hydrochlorothiazide)	Nivel 2	PA
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
THALITONE ORAL TABLET 15 MG (chlorthalidone)	Nivel 2	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Gonadotropins - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 2	
NORPACE ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
General Anesthetics - Drugs For Cholesterol		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Nivel 2	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 (120-180) MG, 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 1	
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Nivel 1	
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 1	
<i>inositol-choline bitartrate oral capsule 250-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 350-90-24-50 mg, 500-115-30-64 mg</i>	Nivel 1	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Nivel 2	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 2	
MEGARED ADVANCED 4-IN-1 ORAL CAPSULE 339 MG-314 MG- 500 MG, 700 MG-600 MG- 900 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill oil)	Nivel 2	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 2	
MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 1,000-230-60 MG, 350-90-24-50 MG, 500-115-30-64 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 1,000 (120-180) mg, 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 100-400-1,000 mg, 415-670 mg</i>	Nivel 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 300 mg (120 mg-180mg)-1,000 mg</i>	Nivel 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(dr/ec) 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 450 mg (128 mg- 322 mg)-650 mg</i>	Nivel 1	
OMEGA MONOPURE DHA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 790 MG-675 MG-118 MG-1,300 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Nivel 2	
OMEGA MONOPURE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 430-130-650 MG, 860-260-1,300 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Nivel 2	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Nivel 1	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 1	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 360-600 mg</i>	Nivel 1	
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-600 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 650 MG-240 MG- 360 MG-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-780 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910 MG-330 MG- 450 MG-1,400 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-900 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 967 MG-385 MG- 515 MG-1,290 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250-140-47.5 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/Schizochytrium algal oil)	Nivel 2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Nivel 2	
SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D ORAL CAPSULE 1,250 MG-1,375 MG-25 MCG (omega-3/dha/epa/other omega-3s/fish oil/vitamin D3)	Nivel 2	
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Nivel 1	
Glucocorticoid-Vitamin And/Or Nutrients - Drugs For High Blood Pressure		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (riociguat)	Nivel 2	PA
Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>bosentan oral tablet for suspension 32 mg</i>	Nivel 2	PA
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (ambrisentan)	Nivel 2	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Nivel 2	PA
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	Nivel 2	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Nivel 2	PA
Inhib De Antihiperlipidémicos Hmg Coa Reductasa Y Bloqueador De Canal De Calcio - Drugs For Cholesterol		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG, 5-80 MG (amlodipine besylate/atorvastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhib De Antihiperlipidémicos-Hmg Coa Reductasa E Inhibidor De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ROSZET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-5 MG (ezetimibe/rosuvastatin calcium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-10 ORAL TABLET 10-10 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-20 ORAL TABLET 10-20 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-40 ORAL TABLET 10-40 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-80 ORAL TABLET 10-80 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
Lhrh (Gnrh) Agonist Analog Pituitary Suppressants - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Gloves - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1	
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (amlodipine besylate/olmesartan medoxomil)	Nivel 2	
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-160 MG, 5-320 MG (amlodipine besylate/valsartan)	Nivel 2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina		
ASPRUZYU SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Nivel 2	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (aliskiren hemifumarate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Propranolol oral solution within the past 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL LA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 160 MG, 60 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INDERAL XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Carnitine Replenisher Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
amlodipine besylate/benazepril HCl (Lotrel Oral Capsule 10-20 Mg)	Nivel 2	
LOTREL ORAL CAPSULE 10-40 MG, 5-10 MG, 5-20 MG (amlodipine besylate/benazepril HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Amlodipine and an ACE Inhibitor within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (quinapril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (benazepril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
VASERETIC ORAL TABLET 10-25 MG (enalapril maleate/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (lisinopril/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oxytotic Mixtures - Drugs For Angina		
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for two generic sublingual Nitroglycerin products within the past 365 days
ISORDIL ORAL TABLET 40 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 2	
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET 5 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.3 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SPRAY, NON-AEROSOL 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 2	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 2	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG (nitroglycerin)	Nivel 2	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 2	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 2	PA
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (finerenone)	Nivel 2	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 4	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart		
EKTERLY ORAL TABLET 300 MG (sebetralstat)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Nivel 2	PA
Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (quinapril HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (ramipril)	Nivel 2	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EPANED ORAL SOLUTION 1 MG/ML (enalapril maleate)	Nivel 2	PA
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (benazepril HCl)	Nivel 2	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Nivel 2	PA
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (enalapril maleate)	Nivel 2	
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG (lisinopril)	Nivel 2	
Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 2	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE 10 MG (phenoxybenzamine HCl)	Nivel 2	PA
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TEZRULY ORAL SOLUTION 1 MG/ML (terazosin HCl)	Nivel 2	PA
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Agentes Únicos De Terapia De Anafilaxis - Drugs For Serious Allergic Reaction		
AUVI-Q INJECTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 4	QL (2 EA per 365 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 4	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 4	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 4	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 4	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 4	QL (4 EA per 1 FILL)
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 1 MG/SPRAY (0.1 ML), 2 MG/SPRAY (0.1 ML) (epinephrine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 FILL)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG (droxidopa)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (8 EA per 1 day)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Vasodilatadores De Acción Directa - Drugs For High Blood Pressure		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 4	
Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antiseptics And Disinfectants		
Hematopoietic Agents - Hypoxia Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inh		
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (vadadustat)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hemophilia Treatment Agents - Small Interfering Rna (Sirna)		
QFITLIA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/0.5 ML (fitusiran sodium)	Nivel 4	PA
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/0.2 ML (fitusiran sodium)	Nivel 4	PA
Pnh - Complement Factor B Inhibitors		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 2	PA
Pnh - Complement Factor D Inhibitors		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 2	PA
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood		
Agente Mimético-Factor Viii, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood		
ALHEMO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML), 300 MG/3 ML (100 MG/ML), 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) (concizumab-mtci)	Nivel 4	PA
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML (emicizumab-kxwh)	Nivel 4	PA
HYMPAVZI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (marstacimab-hncq)	Nivel 4	PA
Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Nivel 2	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Nivel 2	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Nivel 2	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine))/gelatin sponge,absorbable)	Nivel 2	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 CM (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine))/gelatin sponge,absorbable)	Nivel 2	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine))/gelatin sponge,absorbable)	Nivel 2	
GELFOAM MUCOUS MEMBRANE POWDER (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 12-7MM TOPICAL SPONGE 12-7 MM (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 TOPICAL SPONGE 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION 0.2 TO 0.22 GRAM/ML IRON (ferric subsulfate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Nivel 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 2	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 2	
SURGIFOAM TOPICAL SPONGE 100 , 100 CM, 12-7 MM, 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Nivel 1	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing,hemostatic)	Nivel 1	
ULTRAFOAM TOPICAL SPONGE 2 X 6.25 X 7 CM-CM-MM, 8 X 12.5 X 1 CM, 8 X 12.5 X 3 CM-CM-MM, 8 X 6.25 X 1 CM (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 4	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Nivel 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Nivel 4	PA
Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Nivel 4	PA
Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Nivel 2	PA
DOPTLET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 2	PA
DOPTLET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 2	PA
DOPTLET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 2	PA
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 2	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Nivel 2	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 2	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Nivel 2	PA
Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Nivel 4	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Nivel 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Nivel 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 4	PA
NYPOZI INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-txid)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Nivel 4	PA
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Nivel 4	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapeggrastim-xnst)	Nivel 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Nivel 4	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Nivel 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Nivel 4	PA
Anticonvulsant Others - Drugs For The Blood		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIRCERA INJECTION SYRINGE 100 MCG/0.3 ML, 120 MCG/0.3 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.3 ML, 30 MCG/0.3 ML, 50 MCG/0.3 ML, 75 MCG/0.3 ML (methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)	Nivel 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)	Nivel 4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Nivel 4	PA
Antiparkinson Combination Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 4	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 4	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Nivel 4	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 4	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 4	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 4	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Nivel 4	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 4	
Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Nivel 4	PA
Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Nivel 4	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 4	QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 4	QL (7.6 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 4	QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 4	QL (30 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 4	QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 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)	Nivel 4	QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/3 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 4	QL (30 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 120 MG/0.8 ML, 150 MG/ML, 30 MG/0.3 ML, 40 MG/0.4 ML, 60 MG/0.6 ML, 80 MG/0.8 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 4	
Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Nivel 4	
Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood		
YOSPRALA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Nivel 2	PA
Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding		
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(2ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(5 ML X 2) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT TOPICAL SYRINGE 500 UNIT-80 MG /ML (10 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (2 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (4 ML) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 2	
Complejo De Coagulación Anti-Inhibidor - Drugs To Prevent Bleeding		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (anti-inhibitor coagulant complex)	Nivel 4	
Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 4	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 4	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 4	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 4	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding		
AMICAR ORAL SOLUTION 250 MG/ML (25 %) (aminocaproic acid)	Nivel 2	
AMICAR ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (aminocaproic acid)	Nivel 2	
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 2	PA
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Agentes De Tienopiridina - Drugs For The Blood		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
EFFIENT ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (prasugrel HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET 75 MG (clopidogrel bisulfate)	Nivel 2	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazolo.Pirimidinas (Cptps) - Drugs For The Blood		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Inhibidores De Fosfodiesterasa Iii - Drugs For The Blood		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Salicilatos - Drugs For The Blood		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	PV	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Agregación De Plaquetas- Inhibidores De Pdesterasa Y Adenosin Deaminasa - Drugs For The Blood		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.8 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 4	QL (24 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 2.5 MG/0.5 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 4	QL (15 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 5 MG/0.4 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 4	QL (12 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG/0.6 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Nivel 4	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Nivel 4	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
Inhibidores De Factor Xa Directo - Drugs To Prevent Blood Clots		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Musculoskeletal Therapy Agent - Viscosupplements - Drugs To Prevent Bleeding		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant,full length)	Nivel 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)	Nivel 4	
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII recomb,single-chn,B-dom truncated)	Nivel 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)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Nivel 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)	Nivel 4	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Nivel 4	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 4	
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 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)	Nivel 4	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-aucl)	Nivel 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 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)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 4	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Nivel 4	
RECOMBIMATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Nivel 4	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Nivel 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Nivel 4	
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Neuromuscular Therapy Agents - Als Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
ACD SOLUTION A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 800 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 2	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Nivel 2	
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 2	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	
Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 4	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 2	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 2	PA
Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 4	PA
Preparaciones De Factor Ix - Drugs To Prevent Bleeding		
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

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)	Nivel 4	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Nivel 4	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Nivel 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin complex conc no.4, 3-factor)	Nivel 4	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Nivel 4	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 4	
Preparaciones De Factor Vii - Drugs To Prevent Bleeding		
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG), 8 MG (8,000 MCG) (coagulation factor VIIa (recombinant))	Nivel 4	
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding		
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Nivel 4	
Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Nivel 4	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Nivel 4	
Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Nivel 4	PA
Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Nivel 2	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Nivel 2	PA
Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 2	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Hydroxyurea and Droxia within the past 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML (hydroxyurea)	Nivel 2	PA
Tx De Trastorno De Célula Sanguínea Y Plaquetas-Inhibidores De Tirosina Quinasa Esplénica - Drugs For The Blood		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (fostamatinib disodium)	Nivel 2	PA
WAYRILZ ORAL TABLET 400 MG (rilzabrutinib)	Nivel 2	PA
Vitamins - B-1, Thiamine And Derivatives - Drugs For The Blood		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1	
Vitamins - Drugs For The Blood		
AGRYLIN ORAL CAPSULE 0.5 MG (anagrelide HCl)	Nivel 2	
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
Vitamins - Water Soluble - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales		
Electrolyte Depleters - Sodium-Hydrogen Exchanger 3 (Nhe3) Inhibitors		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (tenapanor HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition		
Agents For Opioid Withdrawal, Opioid-Type - Drugs For Nutrition		
B ACTIV ORAL CAPSULE 680 MCG DFE (vitamin B complex/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 2	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 1	
B-100 COMPLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG (vitamin B complex 100 combination no.2)	Nivel 1	
B-50 COMPLEX WITH INOSITOL ORAL CAPSULE 400 MCG-25 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 1	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	
BIOPETIT ORAL LIQUID 790 MG/15 ML (vitamin B complex/lysine)	Nivel 1	
COMPLETE LIVER CLEANSE ORAL CAPSULE 16.7 MG-66.7 MCG-110 MG (vitamin B complex/vit C/folic acid/amino acid/herbal no.351)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Nivel 2	
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS ORAL TABLET 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG (B comp/C/folic acid/zinc sulfate/cupric sulfate/vitamin E ac)	Nivel 2	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 1	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 1	
PUREVITA SUPER B-COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 1	
STRESS B WITH ZINC ORAL TABLET (multivitamin, stress formula/zinc)	Nivel 1	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 1	
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Nivel 2	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bit/inositol/alfalfa/herbs)	Nivel 1	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES ORAL TABLET 0.4 MG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 1	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 25 mcg/drop (1000 unit/drop)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral syringe 10 mcg/ml (400 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet,chewable 25 mcg (1,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet,chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 2	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet,disintegrating 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 1	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Nivel 1	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL DROPS 10 MCG/2 ML (400 UNIT/2 ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL TABLET 25 MCG (1,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 2	
<i>ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))</i>	Nivel 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
CITRULLINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (citrulline)	Nivel 2	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 2	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 2	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Nivel 1	
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
<i>l-cystine oral packet 0.5-15 g-kcal/4 g</i>	Nivel 1	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 1	
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Nivel 2	
<i>phenylalanine oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	
VALINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
VALINE AMINO ACID SUPPLEMENT ORAL PACKET 50 MG/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 1	
Analgesic Opioid Agonists - Drugs For Nutrition		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (prenatal vit no.100/iron ps cplex, sod EDTA/folic acid/omega3)	Nivel 1	
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/iron ps, sod. ferredetate/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl, gluc/folic acid/docusate)	Nivel 2	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.72/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.73/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vits no.76/iron carbon,gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vitamin no.59/iron carb,fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 2	
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 1	
KPN ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.98/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI PRENATAL ORAL TABLET 6.75 MG IRON- 200 MCG (prenatal vitamins no.49/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Nivel 1	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Nivel 2	
NEO-VITAL RX ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamins no.86/iron ps complex/folic acid/dha/epa)	Nivel 2	
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamins no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Nivel 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Nivel 2	
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Nivel 2	
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal 56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Nivel 2	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Nivel 2	
OB COMPLETE WITH DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG (prenatal vit no.30/iron carbonyl,asp glyc/folic acid/omega-3)	Nivel 2	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 1	
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR, CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha)	Nivel 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Nivel 2	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate)	Nivel 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBTREX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 2	
ONE DAILY PRENATAL ORAL COMBO PACK 28-800-440 MG-MCG-MG (prenatal vit with calcium 75/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	PV	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-235 MG (prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	PV	
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	PV	
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vits with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Nivel 1	
PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PR NATAL 430 ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -430 MG (prenatal vit with calcium 54/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PREGEN DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (prenatal vit no.174/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PRENATA ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-975 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.91/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vit with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Nivel 1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 2	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON-272 MCG DFE (prenatal vits no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Nivel 2	
PRENATAL FORMULA ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.93/ferrous fumarate/folic acid)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL FORMULA-DHA ORAL CAPSULE 28 MG-800 MCG- 200 MG (prenatal vitamins no.116/iron fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL MULTI ORAL TABLET 27-800 MG-MCG (prenatal vit with calcium no.122/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL MULTI-DHA (ALGAL OIL) ORAL CAPSULE 27MG IRON- 800 MCG-250 MG (prenatal vitamins no.40/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-260 MG (prenatal vits no.151/iron fum/folic acid/omega3/dha/epa/fish)	PV	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vit with calcium no.129/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL ORAL TABLET 28-800 MG-MCG (prenatal vits with calcium 133/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -312 MG-250 MG (PNV no.72/ferrous fumarate/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 2	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL TABLET ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
<i> prenatal vit no.179-iron-folic oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	PV	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (prenatal vit with calcium no.130/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium no.124/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
<i> prenatal vit-iron fum-folic ac oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	PV	
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID ORAL TABLET,CHEWABLE 400-32.5 MCG-MG (prenatal vitamins no.103/folic acid/omega-3s/dha/fish oil)	PV	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycinate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/ferrous fumarate,iron polysac/folic acid)	Nivel 2	
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Nivel 2	
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.13/iron polysaccharides/folate no.1)	Nivel 1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
SE-NATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 2	
SIMILAC PRENATAL ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.102/ferrous fum/folic acid/dha/lut)	PV	
STUART ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG (prenatal vitamins no.63/iron,carbonyl/folic acid/dha)	PV	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THERANATAL COMPLETE ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.32/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	
THERANATAL ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG (prenatal vitamins no.100/iron fumarate/folic acid/dha/epa)	PV	
THERANATAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.28/ferrous fumarate/folic acid)	PV	
THERANATAL PLUS ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG-300 MG (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/dha)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 2	
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 2	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 27 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Nivel 2	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha)	Nivel 2	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.67/iron polysaccharides/folate no.1/dha)	Nivel 2	
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Nivel 1	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Nivel 2	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vitamins no.25/ferrous fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha)	Nivel 1	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 2	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 1	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 28 MG-975 MCG- 200 MG (prenatal vit with calcium no.61/iron fumarate/folic acid/dha)	PV	
Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium carb, citrate, malate oral capsule 250 mg calcium</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Nivel 1	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Nivel 1	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Nivel 2	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Nivel 2	
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgesic Opioid Hydrocodone Combinations - Drugs For Nutrition		
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE) ORAL CAPSULE 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/ascorbate cal/vit K2/minerals)	Nivel 2	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Nivel 2	
<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600-200-40-7.5 mg-unit-mg-mg</i>	Nivel 1	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox oral tablet 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg - 20 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet,chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet,chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Nivel 1	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 2	
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH ORAL TABLET 600 MG-25 MCG- 50 MG (calcium carb/vit D3/mag oxide/copper/manganese/zinc/collag)	Nivel 2	
KIDS BONES-MUSCLES ORAL TABLET,CHEWABLE 162 MG CALCIUM- 10 MCG-21 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/mag citrate/vit K1)	Nivel 2	
LIQUICAL PLUS ORAL LIQUID 84 MG-24 MG- 10 MCG/5 ML (calcium citrate/magnesium citrate/vitamin D3/zinc citrate)	Nivel 2	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Nivel 2	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Nivel 2	
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Nivel 2	
OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM ORAL TABLET 200 MG-5 MCG-75 MG-200 MCG DFE (calcium no.39/vit D3/magnesium/folate/vit K1/vit K2/minerals)	Nivel 2	
ULTRA BONEUP ORAL TABLET 200 MG-8.3 MCG- 83.3 MG-8.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/collagen/vit C/vit K2/mineral)	Nivel 2	
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Nivel 2	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>magnesium citrate oral capsule 125 mg</i>	Nivel 2	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 2	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb, citrate, oxide)	Nivel 2	
<i>magnesium gluconate oral tablet 12.5 mg magnesium (250 mg), 30 mg (550 mg)</i>	Nivel 2	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Nivel 2	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Nivel 1	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Nivel 2	
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 2	
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 2	
PUREVITA MAGNESIUM OXIDE ORAL TABLET 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) (magnesium oxide)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET,CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Nivel 2	
Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 2	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Nivel 2	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 1	
INFANT-TODDLER MULTIVIT ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML (pediatric multivitamin no.192)	Nivel 1	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Nivel 1	
LITTLE ANIMALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.28)	Nivel 1	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Nivel 1	
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Nivel 1	
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Nivel 2	
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3 oral drops 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml</i>	Nivel 1	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid/Sedative Combinations - Drugs For Nutrition		
DAVIMET WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.247/sodium fluoride)	Nivel 2	
FLORAFOL FE PEDIATRIC ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.257/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 2	
FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMIN ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.257 with sodium fluoride)	Nivel 2	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.251 with sodium fluoride)	Nivel 2	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML (pediatric multivitamin no.2/sodium fluoride)	Nivel 1	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Nivel 1	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.228 with sodium fluoride)	Nivel 2	
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)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.175 with fluoride)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON (pediatric multivitamin no.175 with fluoride and iron)	Nivel 2	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML (pediatric multivitamin no.82 with sodium fluoride)	Nivel 1	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ORAL DROPS 0.5 MG/ML (pediatric multivitamin no.82 with sodium fluoride)	Nivel 2	
TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML FLUORIDE (pediatric multivitamin no.265 with sodium fluoride)	Nivel 1	
Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Nivel 2	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Nivel 2	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray, non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet, chewable 1,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)</i>	Nivel 4	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Nivel 4	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mecobalamin (vitamin b12) sublingual tablet, disintegrating 1,000 mcg</i>	Nivel 2	
PUREVITA VITAMIN B12 ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (mecobalamin)	Nivel 1	
Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition		
COBALEFOL ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 2	
DEPLIN FC ORAL CAPSULE 15 MG (levomefolate calcium)	Nivel 2	
FOLETRA ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 2	
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 800 mcg</i>	PV	
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Nivel 2	
<i>methylnetetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Nivel 1	
MI-VITE RX ORAL TABLET 1-1.5-1.7-20-5 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/B5/B6/biotin/B12/vit C)	Nivel 1	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL DROPS 200 MCG/ML (folic acid)	Nivel 1	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL TABLET 400 MCG (folic acid)	Nivel 1	
Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Nivel 1	
FERRETTS IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Nivel 1	
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>ferric glycinate oral liquid 18 mg iron/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferrous sulfate oral tablet extended release 142 mg (45 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (drlec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (drlec) 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 1	
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Nivel 1	
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Nivel 2	
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 1	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron</i>	Nivel 2	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 29 mg iron</i>	Nivel 1	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron, carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 2	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Nivel 1	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Nivel 1	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 2	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 1	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 2	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 2	
CITRANATAL BLOOM ORAL TABLET 90-1-12-50 MG-MG-MCG-MG (iron carbonyl,gluc/folic acid/vit B12/vit C/docusate sodium)	Nivel 2	
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,667 MCGDFE, 75 MG IRON-175 MG-12 MCG-1 MG (iron aspgly/ascorbic acid/vit B12/folate no.1/zinc/succinic)	Nivel 2	
FERIVA FA (WITH SUMALATE) ORAL CAPSULE 110 MG-175 MG- 1 MG-12 MCG (iron bisgly,aspart,fumarate/vit C/folate/B12/biotin/cupric)	Nivel 2	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Nivel 2	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 1	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Nivel 2	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG, 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 2	
HEMAX ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 2	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vit B comp and C no.9)	Nivel 1	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 65 mg iron- 125 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb, glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Nivel 2	
NIFEREX (FERROUS ASPARTO GLYC) ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,700 MCG DFE (iron asparto gly/vit C/vit B12/folate no.6/zinc/succinic)	Nivel 2	
NOVAFERRUM YAY IRON ORAL TABLET, CHEWABLE 18 MG IRON- 30 MG (iron polysaccharide complex/ascorbic acid)	Nivel 2	
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Nivel 2	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 2	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph, plant/inulin)	Nivel 2	
VITRON-C ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron, carbonyl/ascorbic acid)	Nivel 2	
Anticonvulsants - Drugs For Nutrition		
saccharin powder	Nivel 2	
Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN E ORAL DROPS 180 MG/2 ML (vitamin E)	Nivel 1	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)	Nivel 1	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)	Nivel 1	
vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml	Nivel 1	
vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition		
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)</i>	Nivel 1	
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>niacin oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacinamide oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN B3 ORAL DROPS 35 MG/2 ML (niacinamide)	Nivel 1	
Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B2 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (riboflavin (vitamin B2))	Nivel 1	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcium pantothenate oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN B5 ORAL DROPS 20 MG/2 ML (calcium pantothenate)	Nivel 1	
Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B6 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN B1 ORAL DROPS 50 MG/2 ML (thiamine HCl)	Nivel 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 4	
<i>ascorbate sodium (vitamin c) oral liquid 1,000 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 2	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Nivel 1	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Nivel 1	
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN C ORAL DROPS 100 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN C ORAL TABLET,CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
VITAJoy DAILY C ORAL TABLET,CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL CAPSULE 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Nivel 2	
Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition		
ALTRIXA OB ORAL TABLET 15 MG IRON- 1,750 MCG DFE (prenatal vitamins no.181/ferrous fumarate/folate)	Nivel 2	
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 2	
MATERVIA ORAL CAPSULE 6.5 MG IRON- 500 MCG (prenatal vitamins no.178/iron bisglycinate/folic acid)	Nivel 2	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate no.6)	Nivel 1	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Nivel 2	
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.153/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	PV	
PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG (prenatal vitamins no.144/folic acid)	PV	
PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18 MG IRON-1 MG -300 MG (prenatal vitamins no.78/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous aspart glycinate/folate no.1)	Nivel 2	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate no.6)	Nivel 2	
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron asp.glycinate,carb/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycinate/folic acid)	Nivel 2	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Nivel 1	
THERANATAL OVAVITE ORAL COMBO PACK 18-1-125 MG-MG-UNIT (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/coQ10)	PV	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vits no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Nivel 1	
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 2	
Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition		
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 2	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 1	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition		
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 2	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 2	
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG, 250-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Nivel 2	
EMERGEN-C ENERGY PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-50 MG (ascorbic acid/vitamin B complex/minerals/cafeine)	Nivel 2	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 2	
EMERGEN-C ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/multivitamin with minerals)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-100-150 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 2	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3-33.3-16.6 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Nivel 2	
VITAMIN C FIZZY DRINK ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 1	
Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition		
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	Nivel 4	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	Nivel 4	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	Nivel 4	
Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition		
biotin oral capsule 5 mg	Nivel 1	
biotin oral tablet 1 mg	Nivel 2	
biotin oral tablet 10 mg, 5 mg	Nivel 1	
biotin oral tablet,chewable 2,500 mcg	Nivel 1	
biotin oral tablet,chewable 5,000 mcg	Nivel 1	
biotin oral tablet,disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg	Nivel 1	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Nivel 1	
VITAJoy BIOTIN ORAL TABLET,CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Nivel 1	
<i>beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN A ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (vitamin A palmitate)	Nivel 1	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 1	
Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Nivel 2	
Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Nivel 1	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Nivel 2	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Nivel 2	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (vit B complex and C/choline/inositol/bioflavonoid,lemon)	Nivel 2	
Combinaciones De Vitamina D Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CHOLECAL DF ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 1	
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 4	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 4	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Nivel 4	
Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Nivel 4	
Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Nivel 2	
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	Nivel 2	
<i>zinc amino acid chelate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg</i>	Nivel 2	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>zinc glycinate oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zinc glycinate oral tablet, chewable 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)</i>	Nivel 1	
<i>zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)</i>	Nivel 1	
Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition		
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Nivel 2	
<i>zinc gluc, oxide-ascorbic acid oral tablet, disintegrating 15-60 mg</i>	Nivel 1	
General Anesthetic - Inhalant - Drugs For Nutrition		
<i>inositol oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 2	
Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 2	
Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
AQUASTAT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 4	
AQUASTAT SFR 0.9% SODIUM CHLOR INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 4	
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 4	
MONOJECT PREFILL ADVANCED NS INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 4	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 4	
sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %	Nivel 4	
sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe	Nivel 4	
sodium chloride 0.9 % injection solution	Nivel 4	
Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 2	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Nivel 2	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Nivel 2	
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 2	
JUVEN (WITH COLLAGEN) ORAL POWDER IN PACKET 7-7-1.5 GRAM (arginine/glutamine/calcium HMB/collagen/multivitamin-mineral)	Nivel 2	
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Nivel 2	
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Nivel 2	
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 2	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 1	
Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 2	
BIOLYTE ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 2	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Nivel 1	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 2	
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 1	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Nivel 1	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Nivel 1	
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 2	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYDRATING ELECTROLYTE ORAL PACKET (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
HYDRATING ELECTROLYTE SF ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes,oral/multivitamin/amino acids)	Nivel 1	
HYDRATION MULTIPLI SUGAR FREE ORAL PACKET (electrolytes)	Nivel 2	
HYDRATION MULTIPLIER IMMUNE ORAL POWDER IN PACKET 504 MG (electrolytes,oral/dextrose/vitamin B complex/ascorbic acid)	Nivel 2	
KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY ORAL POWDER IN PACKET 270 MG-25 MCG- 140 MG-50 MG (electrolytes/dextr/vit C/vit D3/turmeric rt xt/elderberry fr)	Nivel 2	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
PEDIALYTE ELECTROLYTE ORAL POWDER IN PACKET 11.25-5-8.75 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 2	
PEDIALYTE ELECTROLYTE WATER ORAL SOLUTION (electrolytes)	Nivel 2	
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 2	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride tablet,soluble 1,000 mg</i>	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet,chewable 66.6-25 mg</i>	Nivel 1	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Sustitutos De Calcio/Vitamina D - Drugs For Nutrition		
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3 ORAL TABLET,CHEWABLE 260 MG CALCIUM- 25 MCG-50 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/herbal complex no.293)	Nivel 2	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral capsule 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 1,000 mg-20 mcg (800 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Nivel 2	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet,chewable 250 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CALTRATE GUMMY BITES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-10 MCG (400 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Nivel 2	
Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 2	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)	Nivel 2	
KLOR-CON 8 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ (potassium chloride)	Nivel 2	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 20 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con Oral Packet 20 Meq)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KLOR-CON/EF ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 2	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Nivel 1	
<i>potassium aa (bisglycinate) oral capsule 99 mg</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition		
BORON COMPLEX ORAL CAPSULE 3 MG (boron aspartate)	Nivel 2	
<i>chromium nicotinate oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>chromium picolinate oral tablet 1,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>copper gluconate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 2	
<i>selenium oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>selenium oral tablet 200 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	
<i>selenomethionine oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 1	
Multivitamínicos - Drugs For Nutrition		
ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET, CHEWABLE 2,400 MCG-18.75 MCG-67MG-400MCG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
DAILY MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 2	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 2	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinate/folate no.8/phosph-dha)	Nivel 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 2	
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
MICRONEX ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 1	
MINI MULTIVITAMINS-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron b-g che,carbonyl/methyltetrahydrofolate/dha)	Nivel 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Nivel 2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Nivel 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 1	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Nivel 2	
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Nivel 2	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Nivel 2	
PRENATE ESSENTIAL(IRON-ASP-GL) ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG-300 MG (multivitamin no.40/iron asparto glycinate/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PREV-RX ORAL TABLET 1,000-25-20 MCG (folic acid/vit B12/D3/vit E succ/calcium/phosphatidylcholine)	Nivel 2	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
TRIVIA COMPLETE ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 1	
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 1	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Nsaid Analgesics And Nsaid Combinations - Drugs For Nutrition		
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT ORAL POWDER IN PACKET 280-160-250 MG (sodium phosphate/potassium phosphates, monobasic and dibasic)	Nivel 1	
<i>potassium, sodium phosphates oral powder in packet 280-160-250 mg</i>	Nivel 1	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 1	
Opioid Reversal Agents - Opioid Antagonists - Drugs For Nutrition		
ELDERTONIC ORAL LIQUID 3.6 MG-0.75 MG /15 ML (vitamin B complex/zinc sulfate/manganese sulfate)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Isovalérica - Drugs For Nutrition		
I-VALEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for isovaleric acidemia with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition		
MMA-PA GEL ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 1	
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Fenilcetonuria (Pku) - Drugs For Nutrition		
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 ORAL POWDER 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for PKU no.64)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Nivel 2	
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 2	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition		
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 2	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 1	
MSUD GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition		
HCU GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 2	
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 2	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 2	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Nivel 1	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Tirosinemia - Drugs For Nutrition		
TYREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for tyrosinemia with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Nivel 2	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Nivel 2	
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Nivel 1	
Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Nivel 2	
ELECARE JR ORAL POWDER 14.4 GRAM-493 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 2	
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Nivel 2	
FRUITIVITS ORAL POWDER IN PACKET (nut.tx. metabolic disorder,reg/multivit with iron, minerals)	Nivel 1	
GLUCERNA 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.08-1.5 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Nivel 2	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Nivel 2	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Nivel 2	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 2	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 2	
MCT PRO-CAL ORAL PACKET (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS ORAL POWDER 14.8 GRAM-472 KCAL/100 GRAM (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 2	
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER IN PACKET 26 GRAM-210 KCAL, 26 GRAM-230 KCAL (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
PEPTAMEN JUNIOR PHGG ORAL LIQUID 0.036 GRAM-1.2 KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Nivel 2	
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Nivel 2	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 2	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 2	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 2	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 2	
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.07 GRAM- 1.5 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 2	
VIVONEX PEDIATRIC ORAL POWDER 12 GRAM-412 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 1	
Reductores De Electrolitos - Resina De Intercambio De Iones - Drugs For Nutrition		
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	Nivel 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Nivel 2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Nivel 2	PA
Salicylate Analgesics - Drugs For Nutrition		
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 400 MCG-50 MCG (multivit-calc-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/lutein)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 1	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 1	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.354)	Nivel 2	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL ORAL CAPSULE 13.5 MG IRON- 200 MCG-100 MG (mv-mins no.108/iron fumarate/folic acid/dha/Schiz algal oil)	Nivel 2	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivit-min/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 2	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Nivel 2	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 2	
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Nivel 2	
ALIVE MAX6 POTENCY COMPLETE ORAL CAPSULE 3 MG IRON- 66.67 MCG DFE (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb no.335)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MEN 50 PLUS ULTRA-LUTEIN ORAL TABLET 240-120 MCG (multivit with minerals/folic acid/vitamin K1/herbal no.328)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -50 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Nivel 2	
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin-minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit-minerals/folic acid/vitamin K1/lutein/herbs)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -37.5 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG (multivit,calcium,minerals/iron/folic acid/vit K/herb no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 4.5 MG IRON- 120 MCG-60 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.352)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Nivel 2	
ALPHA BETIC ORAL TABLET 240 MCG- 100 MG (multivitamin with minerals/folic acid/alpha lipoic acid)	Nivel 2	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 2	
BARIATRIC MULTIVITAMINS ORAL CAPSULE 45 MG IRON-800 MCG DFE-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/methyltetrahydrofolate/vit K1)	Nivel 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Nivel 2	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG-30 MCG- 30 MG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/genistein)	Nivel 2	
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 2	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 2	
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 2	
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/caffeine)	Nivel 2	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY ORAL TABLET,CHEWABLE 80-1,250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 2	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3 ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-12.5 MCG -23.5 MG (multivitamin with min/folic acid/D3/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
CENTRUM MULTIGUMMIES MEN ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG, 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM MULTIGUMMIES WOMEN ORAL TABLET,CHEWABLE 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 1	
CENTRUM POSTNATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 115 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivit-min no.114/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
CENTRUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.115/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS ORAL TABLET 9 MG IRON- 200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 2	
CENTURY ADULT FORMULA ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 1	
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Nivel 2	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG- 300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
DAVIMET WITH IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 11 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.62/iron chelate/levomefolate)	Nivel 2	
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Nivel 2	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin-minerals no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Nivel 2	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 2	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 1	
FINAZOL ORAL TABLET 18 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin with min no.109/ferrous fumarate/levomefolate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
FOLAMED DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
FOLAPRIME ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Nivel 1	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 2	
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 2	
HAIR, SKIN AND NAILS (HERBS) ORAL CAPSULE 120-1,250-60 MCG (multivit-min/folic acid/biotin/vit K1/collagen/herbal no.353)	Nivel 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL TABLET 100-1,500 MCG, 66.7-1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 1	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Nivel 2	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 1	
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin-minerals no.103/levomefolate calcium/inulin)	Nivel 2	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 1	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 1	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
MEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 200-60-600 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Nivel 2	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Nivel 2	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Nivel 2	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet 0.4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>multivit with min-folic acid oral tablet, chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>multivit, calc, min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Nivel 1	
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET, CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 1	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Nivel 2	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 9 mg iron/15 ml</i>	Nivel 1	
MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT ORAL CAPSULE 6,000 MCG-400MG -37.5 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 2	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVIT ORAL CAPSULE 3,000 MCG-200MG -18.75 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 2	
NANOVM ADULT ORAL POWDER 1 MG-50 MCG DFE - 15.5 MCG (multivit-min/sodium ferredetate/levomefolate/vit K1/vit K2)	Nivel 2	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Nivel 2	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Nivel 1	
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron, carbonyl/folic acid)	Nivel 2	
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin, calcium, minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Nivel 2	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS W-D3 ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Nivel 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Nivel 2	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K) ORAL TABLET 400 MCG-500 MG CALCIUM-20 MCG (multivit with minerals/folic acid/calcium carbonate/vit K1)	Nivel 1	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 1	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Nivel 2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 2	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Nivel 1	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 1	
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.110/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 1	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Nivel 2	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 1	
SPECTRAVITE MEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 1	
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 1	
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPERIOR WOMEN'S MULTI ORAL TABLET 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30 MCG (multivit-min/iron gly/levomefolate calc/K2/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 2	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 2	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 1	
THERA-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 2	
VITAFUSION PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5 MG (25 MG-7.5 MG) (mv-min no.110/folic acid/om-3/dha/other omega-3s/fish oil)	Nivel 2	
VITAJoy ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 1	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Nivel 1	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Nivel 2	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 1	
Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Nivel 2	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Nivel 4	
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Nivel 4	
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Nivel 1	
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 2	
Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 2	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 2	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 2	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride tablet,soluble 1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 1	
Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition		
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Nivel 2	
Vitaminas - Combinaciones De Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
FOLCYTEINE ORAL TABLET 1 MG-47 MG- 20 MCG-16 MG (folic acid/calcium citrate/vitamin D3/mag citrate/a-cysteine)	Nivel 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet, disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Nivel 1	
PAXLYTE ORAL CAPSULE 50 MCG-1 MG- 4.25 MG DFE (cobamamide/folic acid/leucovorin/levomefolate/mv-mins no.111)	Nivel 1	
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet, disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Nivel 1	
Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 2	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 2	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 2	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Nivel 1	
<i>vitamin d3-vitamin k2 oral capsule 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg</i>	Nivel 1	
Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition		
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 2	
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12 oral tablet 400 mcg-50 mg- 100 mcg</i>	Nivel 1	
FOLICORE B COMPLEX ORAL TABLET 1,000 MCG-10 MG -400 MCG (folic acid/pyridoxine HCl (B6)/cyanocobalamin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLVITA COMPLEX ORAL TABLET 1 MG-10 MG- 400 MCG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 2	
KIDS BRAIN BUILDER ORAL TABLET,CHEWABLE 27.5 MG-0.2 MG- 0.25 MCG (choline bitartrate/pyridoxine HCl (vitamin B6)/vit B12)	Nivel 2	
METANX FC ORAL CAPSULE 2-3-35 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/pyridoxal phosphate)	Nivel 2	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Nivel 2	
MINCORA ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 2	
RELCARE ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Nivel 1	
Vitaminas Complejo B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 4	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 4	
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vitamin b complex oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitaminas Pediátricas Y Combinaciones De Minerales - Drugs For Nutrition		
ALIVE KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 75-15 MG (pediatric multivit no.235/herbal no.293/bioflavonoids,cit)	Nivel 2	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG (pediatric multivitamin no.252/herbal complex no.293)	Nivel 2	
CENTRUM KIDS MULTIGUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.258)	Nivel 2	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Nivel 1	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 1	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Nivel 2	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.262)	Nivel 2	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.261)	Nivel 2	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfate)	Nivel 2	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Nivel 2	
GUMMY DINOS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Nivel 1	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Nivel 2	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Nivel 1	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Nivel 2	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Nivel 1	
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Nivel 2	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC ORAL DROPS 2,000 MCG-150 MG-19 MCG/3 ML (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 2	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Nivel 1	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Nivel 1	
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Biológicos		
Vaccine Viral - Respiratory Syncytial Virus (Rsv)		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF A and B/PF)	Nivel 4	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	Nivel 4	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF protein, mRNA/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Biológicos - Biological Agents		
Anticuerpos Antivirales Monoclonales - Virus Respiratorio Sinsitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (nirsevimab-alip)	Nivel 4	
Antineoplastic - Retinoids - Vaccines		
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 2	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 2	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Nivel 2	
Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Nivel 4	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Gramnegativos (Non-Entéricos) - Vaccines		
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines		
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 2	
Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines		
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 21-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Bacteriano De Vacunas - Cocos Gramnegativos - Vaccines		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y and W-135,conj tetanus toxoid/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (meningococ A,C,Y,W-135,TT comp/N. mening B,fHBP rec comp/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Combinaciones De Vacunas De Hepatitis A Y Hepatitis B - Vaccines		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (hepatitis A virus and hepatitis B virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronyssinus,standard)	Nivel 2	PA
Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Glucocorticoids - Biological Agents		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Nivel 2	PA
Hepatitis Agents - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Herpes Antiviral Agent - Thymidine Analogs - Vaccines		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Nivel 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)	Nivel 4	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG) human/hyaluronidase, human recomb)	Nivel 4	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)-klhw human)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Heating And Cooling Aids - Vaccines		
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML (varicella-zoster virus glycoprotein E,rec/AS01B adjuvant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Medical Supplies And Dme - Heating Pads - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Hot Packs - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1) - Vaccines		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 2	
Peanut Desensitization Agents - Biological Agents		
PALFORZIA (LEVEL 0) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 1 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA INITIAL (1-3 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA INITIAL (4-17 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Químicos, Irritante/Alergénico - Biological Agents		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED (chemical allergens)	Nivel 2	
Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines		
COMIRNATY 2025-2026(5-11Y)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vacc 2025-2026 (5-11 years) (Pfizer)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
COMIRNATY 2025-26 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up) (Pfizer)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MNEXSPIKE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.2 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MODERNA COVID 24-25(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2024-2025 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NUVAXOVID 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-2026(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-26 (6M-11Y) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2025-2026 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines		
AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trival split 2025-26 (36 mos up)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AFLURIA 2025-2026 (6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUAD 2025-2026 (65 YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza vaccine tvs 2025-26 (65 yr up)/adjuvant MF59C.1/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUARIX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUBLOK 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tv 2025-26(9 yrs and older)rcmb/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine tri 2025-2026(6 month and older)cell derived/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine triv 2025-2026(6 month and older)cell derived)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLULAVAL 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE HIGH-DOSE 2025-26 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (influenza virus vaccine trival split 2025-2026(65 yr up)/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Paperas Y Relacionados - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Vacunas Para El Papiloma Humano(Hpv) - Vaccines		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines		
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	PV	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat		
Boca Y Garganta - Agentes De Mucositis-Estomatitis - Drugs For The Mouth And Throat		
GELCLAIR MUCOUS MEMBRANE GEL IN PACKET (potassium sorbate/hydroxyethylcellulose/povidone/hyaluronic)	Nivel 2	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 2	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Nivel 2	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
EVOXAC ORAL CAPSULE 30 MG (cevimeline HCl)	Nivel 2	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
SALAGEN (PILOCARPINE) ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (pilocarpine HCl)	Nivel 2	
THERABREATH DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.11)	Nivel 2	
THERABREATH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.10)	Nivel 2	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Nivel 2	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat		
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Nivel 2	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Nivel 2	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Nivel 2	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Nivel 2	PA
Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1	
PERIDEX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 0.12 % (chlorhexidine gluconate)	Nivel 2	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	PV	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
FRAICHE 5000 DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Nivel 2	
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT DENTAL SOLUTION 0.2 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT KIDS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	Nivel 1	
Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat		
doxycycline hyclate oral tablet 20 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate)	Nivel 2	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
Clase Fdb Obsoleta-No Usada		
Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 2	
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 2	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction		
Agentes Para Abstinencia De Opioides, Tipo Agonista Central Alfa-2 Adrenérgico - Drugs For Opioid Addiction		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 2	PA
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Nivel 2	PA
Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	Nivel 2	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Disuasivos De Tabaquismo - Inhibidor De Recaptación De Ne Y Dopamina (Ndri)-Tipo - Drugs For Smoking Addiction		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inflammatory Bowel Agent - Tumor Necrosis Factor Alpha Blockers - Drugs For Opioid Addiction		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
Inflammatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction		
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
Terapia Para Abstinencia De Alcohol - De Tipo Glutamato Y Sistema Gaba - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (drlec) 333 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants		
Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Nivel 2	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 2	
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 2	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 2	
Immunosuppressive - Interleukin-6 (IL-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inmunosupresores - Inhibidores De Diana De Rapamicina En Células De Mamífero (Mtor) - Drugs For Organ Transplants		
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (everolimus)	Nivel 2	
Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants		
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
MYFORTIC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 180 MG, 360 MG (mycophenolate sodium)	Nivel 2	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine		
Antipsychotic - Muscarinic Agonist/Antagonist Combinations		
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days
Migraine Therapy - Serotonin Agonist 5-Ht(1) And Nsaid Cox-2 Comb		
SYMBRAVO ORAL TABLET 10-20 MG (rizatriptan benzoate/meloxicam)	Nivel 2	
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System		
Adyuvante De Antiparkinson - Antagonista De Receptor De Adenosina - Drugs For Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (istradefylline)	Nivel 2	PA
Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CYMBALTA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 2	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 2	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 2	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 2	
Agentes De Terapia Bipolar - Tipo Anticonvulsivo - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
carbamazepine (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 2	
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Antagonista De Receptor De H3/Agonista Inverso - Drugs For Sleep Disorder		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (pitolisant HCl)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Nivel 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (armodafinil)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (armodafinil)	Nivel 2	QL (3 EA per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (modafinil)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder		
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 2	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimética, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia Y Cataplejia - Tipo Sedantes - Drugs For Sleep Disorder		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 2	PA
LUMRYZ STARTER PACK ORAL GRANULES ER PACKET, DOSE PACK 4.5-6-7.5 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 2	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 2	PA
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	Nivel 2	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Nivel 2	PA
Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes Para Tratar Dolores De Cabeza De Cúmulo Recurrentes - Drugs For Migraine Headaches		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (galcanezumab-gnlm)	Nivel 4	PA; QL (3 ML per 30 days)
Agonistas De Cannabis Y Receptores De Canabinoides - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Nivel 2	QL (680 ML per 28 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
FELBATOL ORAL TABLET 400 MG, 600 MG (felbamate)	Nivel 2	
Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG, 50 MG (primidone)	Nivel 2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Nivel 2	PA
Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 2	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Nivel 2	PA
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lacosamide)	Nivel 2	
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (lacosamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Feniltriagina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LAMICTAL ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG, 5 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 250 MG, 300 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 2	
Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
carbamazepine (Eptol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION 300 MG/5 ML (60 MG/ML) (oxcarbazepine)	Nivel 2	
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 2	
Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Nivel 2	PA
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 150 MG, 200 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
TOPAMAX ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 MG, 25 MG (topiramate)	Nivel 2	
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (topiramate)	Nivel 2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (7 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (3 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (8 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (7 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZONEGRAN ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (zonisamide)	Nivel 2	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Nivel 2	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (rufinamide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (rufinamide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (rufinamide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
phenytoin sodium extended (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 2	
phenytoin (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	Nivel 2	
phenytoin sodium extended (Dilantin Oral Capsule 30 Mg)	Nivel 2	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (phenytoin)	Nivel 2	
phenytoin sodium extended (Phenytek Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg)	Nivel 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
SABRIL ORAL POWDER IN PACKET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (vigabatrin)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Nivel 2	
Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 2	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 2	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Nivel 2	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression		
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (vilazodone HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days
Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Nivel 2	PA
Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (mirtazapine)	Nivel 2	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET, DISINTEGRATING 15 MG, 30 MG, 45 MG (mirtazapine)	Nivel 2	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Inhibidores De Recaptación De Antagonistas De Serotonina-2 (Saris) - Drugs For Depression		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML (trazodone HCl)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Nivel 2	PA
Antidepresivo - Tricíclico Y Antipsicótico, Comb De Fenotiazinas - Drugs For Depression		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo- Ssri Y Atípico Y Antipsico., Dopamina, Antagonistas De Serotonina - Drugs For Depression		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo-Inhibidores De Norepinefrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bupropion HCL within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Bupropion within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET SUSTAINED-RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (bupropion HCl)	Nivel 2	
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (bupropion HCl)	Nivel 2	
Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (methsuximide)	Nivel 2	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
ZARONTIN ORAL CAPSULE 250 MG (ethosuximide)	Nivel 2	
<i>ethosuximide (Zarontin Oral Solution 250 Mg/5 Ml)</i>	Nivel 2	
Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Desvenlafaxine, Duloxetine, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine within the past 120 days
Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 2	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution 5 Mg/5 MI)	Nivel 2	QL (1800 ML per 30 days)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antiemetics - Drugs For Insomnia		
AMBIEN CR ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 12.5 MG, 6.25 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Zolpidem IR (Ambien) within the past 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG (eszopiclone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
Antiparkinson - Comb De Inhib De Dopaminérgico-Comt Perif-Dopa-Descarboxilasa - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotzoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Nivel 2	PA
Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectia Atípica 5-Ht2a (Ssia) - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 2	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 2	PA
Antipsicóticos - Antag Atíp De Dopamina-Serotonina Pirroles De Dibenzo-Oxepino - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (asenapine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Antag De Dopamina Atípica-Serotonina-Tienobenzodiazepinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 2	
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzo-diazepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (clozapine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (18 ML per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 2	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG (lurasidone HCl)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (lurasidone HCl)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Der De Dopamina Atípica-Antag De Serotonina-Dibenzotiazipina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Nivel 2	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Tioxantinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag-Butyrophenone Deriv - Drugs For Severe Mental Disorders		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (lumateperone tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson		
TASMAR ORAL TABLET 100 MG (tolcapone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsychotics, Atypical, Dopamine, Serotonin Antag And Opioid Antag Comb - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription of Zolpidem Tartrate, Eszopiclone, or Zaleplon within the last 130 days; QL (1 EA per 1 day)
Benzodiazepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 2	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 2	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 2	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 2	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 2	
Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (rasagiline mesylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Carbidopa/Levodopa (Duopa, Parcopa, Rytary, Sinemet IR, or Sinemet CR) within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZELAPAR ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Selegiline capsules or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	Nivel 1	
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contrast Media - Barium - Drugs For Depression		
CYMBALTA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Paroxetine HCL, Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Sertraline, or Venlafaxine ER/IR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 2	
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG, 37.5 MG, 75 MG (venlafaxine HCl)	Nivel 2	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 25 MG, 50 MG (desvenlafaxine succinate)	Nivel 2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Venlafaxine HCL ER capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG, 75 MG (clomipramine HCl)	Nivel 2	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (desipramine HCl)	Nivel 2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (nortriptyline HCl)	Nivel 2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contrast Media - Magnetic Resonance Iron Compounds - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Nivel 1	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (lithium carbonate)	Nivel 2	
Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Ultrasound Agents And Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (iloperidone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Nivel 2	QL (8 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) (iloperidone)	Nivel 2	QL (12 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) (iloperidone)	Nivel 2	QL (8 EA per 28 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 3 MG, 9 MG (paliperidone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 6 MG (paliperidone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 2	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 2	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
Déficit De Atención-Hiperact. Trastorno (Tdah) - Alfa 2 Agonistas De Receptores - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
INTUNIV ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (guanfacine HCl)	Nivel 2	
ONYDA XR ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR 0.1 MG/ML (clonidine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clonidine 0.1mg ER tablets within the past 120 days; QL (4 ML per 1 day)
Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Soap And/Or Cleanser Combinations - Drugs For Anxiety		
BUCAPSOL ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 7.5 MG (buspirone HCl)	Nivel 1	
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic - Contrast Media - Drugs For Depression		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR (selegiline)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Nivel 2	
NARDIL ORAL TABLET 15 MG (phenelzine sulfate)	Nivel 2	
PARNATE ORAL TABLET 10 MG (tranylcypromine sulfate)	Nivel 2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet, disinteg er biphasic 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
APTENSIO XR ORAL CAP, ER SPRINKLE, BIPHASIC 40-60 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 10 MG/9 HR, 15 MG/9 HR, 20 MG/9 HR, 30 MG/9 HR (methylphenidate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 2	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
FOCALIN XR ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 2	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)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 10 MG, 20 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 2	
<i>methylphenidate hcl oral cap,er sprinkle,biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 45 mg, 54 mg, 63 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET, CHEW, IR-ER. BIPHASIC 24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	120mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	150mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (300 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	180mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (360 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	60mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (60 ML per 30 days)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RITALIN LA ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (90 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet,disinteg er biphasic 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Nivel 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG (levetiracetam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
KEPPRA ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levetiracetam)	Nivel 2	
KEPPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 2	
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 2	
levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hr 500 Mg, 750 Mg)	Nivel 2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 2	PA
Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia		
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oe of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 2	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oe of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 2	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 2	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 2	
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 2	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 2	
Gi Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression		
CELEXA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (citalopram hydrobromide)	Nivel 2	
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release (dr/ec) 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
LEXAPRO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (escitalopram oxalate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG (paroxetine HCl)	Nivel 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML (paroxetine HCl)	Nivel 2	
PAXIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (paroxetine HCl)	Nivel 2	
PROZAC ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG (fluoxetine HCl)	Nivel 2	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE 20 MG/ML (sertraline HCl)	Nivel 2	
ZOLOFT ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sertraline HCl)	Nivel 2	
Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Nivel 2	PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG (tasimelteon)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG (ramelteon)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 2	PA
Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia		
AZO MENOPAUSE NIGHT-MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1-30 MG (melatonin/genistein)	Nivel 2	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Nivel 1	
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 1	
KIDS SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG-45 MG- 12.5 MCG-3.75MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melatonin-theanine oral tablet, disintegrating 3-50 mg</i>	Nivel 1	
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET, CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Nivel 1	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Nivel 2	
SAMBUCUS HONEYBERRY NIGHT ORAL SYRUP 0.5 MG-3.5 GRAM -35 MG/7.5 ML (melatonin/honey/English ivy/elderberry/cider vinegar/C/zinc)	Nivel 2	
SLEEP CALM ORAL TABLET, CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 1	
SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET, CHEWABLE 3 MG-45 MG-12.5 MCG-3.75 MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 1	
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Nivel 1	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate, glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Nivel 2	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate, oxide/herbs)	Nivel 2	
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Nivel 2	
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET, CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia		
CHILDREN'S MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 1	
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 2	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 1	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 1	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,chewable 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	Nivel 2	
MELATONINMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Nivel 1	
Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
GABARONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 1	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 2	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 300 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML (gabapentin)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (gabapentin)	Nivel 2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Blood Administration Sets - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
CREXONT ORAL CAPSULE, IR -EXTEND REL, BIPHASE 35-140 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 52.5-210 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 70-280 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 87.5-350 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML (foscarbidopa/foslevodopa)	Nivel 4	PA
Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson		
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML (apomorphine HCl)	Nivel 4	PA
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Nivel 4	PA
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Nivel 2	PA
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1.5 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG (pramipexole di-HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (rotigotine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML (apomorphine HCl)	Nivel 4	PA
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY (129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Nivel 2	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
LODOSYN ORAL TABLET 25 MG (carbidopa)	Nivel 2	
Migraine Therapy - Cgrp Receptor Blockers (Gepants And Mab) - Drugs For Migraine Headaches		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (erenumab-aooe)	Nivel 4	PA; QL (1 ML per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Nivel 2	PA; QL (18 EA per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Nivel 2	PA; QL (16 EA per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Nivel 2	PA; QL (8 EA per 30 days)
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-HT_{1F} - Drugs For Migraine Headaches		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Nivel 2	PA; QL (8 EA per 30 days)
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Nivel 2	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo Tricíclico Antidepresivo - Drugs For Insomnia		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG (doxepin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 2	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Dolor Neuropático - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Migraña - Agonista De Serotonina 5-Ht(1) Y Comb. De Nsaid - Drugs For Migraine Headaches		
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Sumatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Agonistas Selectivos De Serotonina 5-Ht(1) - Drugs For Migraine Headaches		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
FROVA ORAL TABLET 2.5 MG (frovatriptan succinate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 2	QL (18 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMITREX STATDOSE PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 2	QL (27 EA per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 2	QL (27 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Nivel 2	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan nasal spray within the past 120 days; QL (32 EA per 30 days)
RELPAK ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (eletriptan hydrobromide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 4	QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (24 EA per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan injection within the past 120 days; QL (18 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
ZOMIG NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.5 MG, 5 MG (zolmitriptan)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Alkaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 4	QL (15 ML per 14 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Nivel 2	QL (10 EA per 7 days)
MIGRANAL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.5 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (12 ML per 28 days); Age (Min 18 Years)
Terapia De Migraña - Bloqueador De Ligando Cgrp, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For Migraine Headaches		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 4	PA; QL (1.5 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 4	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 4	PA; QL (1 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 4	PA; QL (1 ML per 30 days)
Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 2	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	Nivel 2	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 2	PA
Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (atomoxetine HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabipentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabipentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Thrombin Inhibitor - Selective Direct And Reversible - Drugs For Severe Mental Disorders		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System		
Medicamentos De Disfunción Erectil (De)-Inhib Sel. Cgmp De Fosfodiesterasa Tipo5 - Drugs For Erectile Dysfunction		
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 EA per 1 day)
Endocrino		
Antihyperglycemic - Dual SglT1 And SglT2 Inhibitors		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
Corticotropin-Releasing Factor (Crf) Type 1 Receptor Antagonists		
CRENESSITY ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG, 50 MG (crinecerfont)	Nivel 2	PA
CRENESSITY ORAL SOLUTION 50 MG/ML (crinecerfont)	Nivel 2	PA
Menopausal Symptoms Suppressant-Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Endocrino - Hormones		
Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Nivel 2	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	PV	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG (acoramidis HCl)	Nivel 2	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Nivel 2	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Nivel 2	PA
Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones		
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Nivel 4	PA
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 4	PA
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	Nivel 4	PA
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - Péptidas De Liberación De Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (abaloparatide)	Nivel 4	PA
Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Nivel 2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Nivel 1	
<i>glucose oral tablet, chewable 3.75 gram, 4 gram</i>	Nivel 1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 4	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 4	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 4	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 4	
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Nivel 2	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (diazoxide)	Nivel 2	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 4	PA
Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Nivel 1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Análogos De Insulina - De Acción Prolongada - Drugs For Diabetes		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
BASAGLAR TEMPO PEN(U-100)INSLN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin glargine-yfgn, Toujeo or Tresiba within the past 365 days
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 2	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 2	
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Nivel 2	
Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Nivel 2	
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
KIRSTY PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-xjhz)	Nivel 2	
KIRSTY SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-xjhz)	Nivel 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
MERIOLOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-szjj)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MERIOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-szjj)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	
Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	Nivel 1	
<i>metformin oral tablet 625 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>metformin oral tablet, er gast. retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Glucophage XR within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Nivel 2	
Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men		
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (5 GM per 1 day)
testosterone cypionate (Depo-Testosterone Intramuscular Oil 100 Mg/ML)	Nivel 4	PA; QL (10 ML per 28 days)
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Nivel 2	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (22 GM per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 4	PA; QL (10 ML per 28 days)
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 4	PA; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	Nivel 1	PA; QL (4 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (1.25 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Nivel 1	PA; QL (6 ML per 1 day)
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 12.5 MG/ 1.25 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 % (50 MG/5 GRAM) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Nivel 4	PA; QL (2 ML per 28 days)
Antagonistas De Receptor De Hormona De Crecimiento - Drugs For Growth		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (pegvisomant)	Nivel 4	
Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Nivel 2	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Nivel 2	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Nivel 2	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metformin (Glucophage), Metformin ER, Glyburide/Metformin (Glucovance), or Glipizide/Metformin (Metaglip) within the past 180 days
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Inhibidor De Sglt-2 Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidolate/metformin HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (dapagliflozin propanediol/metformin HCl)	Nivel 2	
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG (pioglitazone HCl/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes		
DUETACT ORAL TABLET 30-2 MG, 30-4 MG (pioglitazone HCl/glimepiride)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonilurea, or preferred Metformin/Sulfonilurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonilurea, or preferred Metformin/Sulfonilurea combination within the past 120 days
Antihiper glucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Nivel 2	
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (pramlintide acetate)	Nivel 2	
Antihiper glucémicos, Miméticos De La Incretina, Agonista De Receptores De Glp-1 De Tipo Análogo - Drugs For Diabetes		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (exenatide microspheres)	Nivel 2	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml, 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i>	Nivel 1	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) (semaglutide)	Nivel 4	PA
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG (semaglutide)	Nivel 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
Antihiper glucémicos-Insulina, De Acción Prolongada Y Comb De Agonista De Receptores De Glp-1 - Drugs For Diabetes		
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide)	Nivel 2	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Nivel 2	
Antihyperglycemic - Dual Gip And Glp-1 Receptor Agonists - Drugs For Diabetes		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 4	PA
Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones		
DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML (desmopressin acetate)	Nivel 4	
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG, 0.2 MG (desmopressin acetate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml), 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1	
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET, DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET, DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Nivel 2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 4	
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (octreotide acetate)	Nivel 4	
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Nivel 4	PA
Antileptotic - Phenazine Dye Derivatives - Drugs For Menopause And Bone Loss		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 168 MCG/0.56 ML, 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML (palopegteriparatide)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women		
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Lo Oral Tablet 0.5-0.1 Mg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
ACTIVEVILLA ORAL TABLET 1-0.5 MG (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Combipatch within the past 120 days; QL (1 EA per 7 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
ESTRATEST F.S. ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Nivel 1	
Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women		
norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Nivel 4	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROVERA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Antineoplastics - Drugs For Inflammation		
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	Nivel 1	
Bone Formation Stimulating Agents - Natriuretic Peptide - Drugs For Menopause And Bone Loss		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (vosoritide)	Nivel 4	PA
Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss		
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
cinacalcet oral tablet 90 mg	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
Central Nervous System Agents - Drugs For Diabetes		
alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
OSENI ORAL TABLET 12.5-30 MG, 25-45 MG (alogliptin benzoate/pioglitazone HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Nivel 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Nivel 2	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Nivel 2	
Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
BETALOGAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 2	
Contraceptive Injectable Combinations - Hormones		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Nivel 2	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Nivel 2	PA
Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (risedronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	
ATELVIA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (4 EA per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 2	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 4	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML (calcitonin, salmon, synthetic)	Nivel 4	
Contraceptives Implant - Drugs For Women		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Nivel 2	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Nivel 2	
Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss		
EVISTA ORAL TABLET 60 MG (raloxifene HCl)	Nivel 2	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic - Urine Test Combinations - Drugs For Diabetes		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>glimepiride oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 5 MG (glipizide)	Nivel 2	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
PRECOSE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (acarbose)	Nivel 2	
Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes		
ACTOS ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (pioglitazone HCl)	Nivel 2	
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Estrógenos - Drugs For Women		
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.06 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 2	QL (1 EA per 7 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 20 MG/ML (estradiol valerate)	Nivel 4	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Nivel 4	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %), 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %), 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 MG/GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
estradiol (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (52 GM per 30 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 7 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 4	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (16.2 ML per 30 days)
estradiol (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Nivel 2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Nivel 2	QL (1 EA per 7 days)
MINIVELLE 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 (estradiol)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH 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 (estradiol)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Nivel 4	PA
Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Nivel 2	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 2	PA
CORTEF ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 2	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Nivel 2	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Nivel 2	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Nivel 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablets,dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Nivel 2	
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Nivel 2	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Nivel 2	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Nivel 2	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone sod succinate injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 4	
deflazacort (Jaythari Oral Tablet 18 Mg, 30 Mg, 36 Mg, 6 Mg)	Nivel 2	PA
KENALOG INJECTION SUSPENSION 10 MG/ML, 40 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 4	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION 80 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 4	
KHINDIVI ORAL SOLUTION 1 MG/ML (hydrocortisone)	Nivel 2	
MEDROL (PAK) ORAL TABLETS,DOSE PACK 4 MG (methylprednisolone)	Nivel 2	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG (methylprednisolone)	Nivel 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 2	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORAPRED ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 10 MG, 15 MG, 30 MG (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 2	
PEDIAPRED ORAL SOLUTION 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Prednisone tablets, generic Methylprednisolone tablets, or Prednisolone 15mg/5mL oral solution within the past 365 days
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Nivel 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
RAYOS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Nivel 2	PA
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG (budesonide)	Nivel 2	PA
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 4	
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
prednisolone sodium phosphate (Veripred 20 Oral Solution 20 Mg/5 MI (4 Mg/MI))	Nivel 2	
ZCORT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 4	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Nivel 4	
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days
Hormona Estimulante De Folículo (Fsh) - Drugs For Women		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (follitropin beta, recombinant)	Nivel 4	ST: Requires prior prescription for Gonal-F or Gonal-F-RFF within the past 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 UNIT/0.48 ML, 450 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.44 ML (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 4	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 4	
Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid		
ADTHYZA ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 60 MG (thyroid, pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 30 MG, 32.5 MG, 65 MG, 90 MG, 97.5 MG (thyroid, pork)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NIVA THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 1	
RENTHYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
RENTHYROID ORAL TABLET 30 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintetico T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid		
CYTOMEL ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG (liothyronine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Liothyronine tablets within the past 120 days
liothyronine sodium (Liomny Oral Tablet 25 Mcg, 5 Mcg, 50 Mcg)	Nivel 1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintetico T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 1	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (20 ML per 1 day)
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 2	PA
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Nivel 4	
Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Paroxetine HCL or Venlafaxine within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Inhibidor De Antihiperoglucémicos-Sglt-2, Inhibidor De Dpp-4 Y Comb De Biguanida - Drugs For Diabetes		
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 12.5-2.5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	
Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	
Insulin - Beef - Drugs For Women		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 2	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth		
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (somatropin)	Nivel 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Nivel 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 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)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Nivel 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Nivel 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 4	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Nivel 4	PA
Insulin Pork Combinations - Drugs For Women		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Nivel 2	PA
Insulina Humana - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Nivel 2	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Intermedia - Drugs For Diabetes		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulina Humana - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) (insulin regular, human)	Nivel 2	PA
Lhrh (Gnrh) Antagonist, Estrogen And Progestin Combinations - Drugs For Woman		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (relugolix/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 4	
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT 0.25 MG (cetorelix acetate)	Nivel 4	
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Nivel 4	
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 4	
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Infant Diapers - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Nivel 2	
NESINA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (alogliptin benzoate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (28 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 4	PA
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 4	PA
Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KAZANO ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG (alogliptin benzoate/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Nivel 2	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Nivel 2	PA
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
Agente De Esclerosis Múltiple - Análogos De Nucleósido Purina - Drugs For Multiple Sclerosis		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 2	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Nivel 4	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 10 MG (dalfampridine)	Nivel 2	PA
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis		
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (teriflunomide)	Nivel 2	PA
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Nivel 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 4	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)	Nivel 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod HCl)	Nivel 2	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Nivel 2	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Nivel 2	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Nivel 2	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Nivel 2	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Nivel 2	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Nivel 2	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 2	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 2	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 2	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Nivel 2	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/MI, 40 Mg/MI)	Nivel 1	PA
TECFIDERA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG, 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG (dimethyl fumarate)	Nivel 2	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Nivel 2	PA
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations		
Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
ANUSOL-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 2	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 2	
HEMMOREX-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 30 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
hydrocortisone acetate (Proctocort Rectal Suppository 30 Mg)	Nivel 2	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations		
hydrocortisone acetate/pramoxine HCl (Analpram-Hc Rectal Cream 1-1 %)	Nivel 2	
ANALPRAM-HC RECTAL CREAM 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram), 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations		
Dermatitis Agents, Systemic - IL-31 Receptor Alpha Antagonist Mab		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 30 MG (nemolizumab-ilto)	Nivel 4	PA
Dermatological - Nitric Oxide Releasing Agents		
ZELSUVMI TOPICAL GEL 10.3 % (berdazimer sodium)	Nivel 2	PA
Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor		
LEQSELVI ORAL TABLET 8 MG (deuruxolitinib phosphate)	Nivel 2	PA
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritilecitinib tosylate)	Nivel 2	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 2	PA
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin		
Acne Therapy Topical - Androgen Receptor Inhibitors - Drugs For The Skin		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % (clascoterone)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Antipsoriático - Antagonistas De Interleucinas-23 (IL-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 4	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 4	PA
Agentes Antipsoriático - Inhibidores De Interleucinas 12 E Il-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 4	PA
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 4	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Sistémico-Antag. De Interleucinas-4 (Il-4Ra) Mab - Drugs For The Skin		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 4	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Nivel 2	PA; QL (100 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Nivel 2	
ELIMITE TOPICAL CREAM 5 % (permethrin)	Nivel 2	
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Nivel 2	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Nivel 2	
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL, SPRAY 0.5 % (permethrin)	Nivel 1	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
NATROBA TOPICAL SUSPENSION 0.9 % (spinosad)	Nivel 2	
OVIDE TOPICAL LOTION 0.5 % (malathion)	Nivel 2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
crotamiton (Pruradik Topical Lotion 10 %)	Nivel 2	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Nivel 2	
Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin		
<i>methyl salicylate oil</i>	Nivel 1	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Nivel 1	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Nivel 2	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Nivel 1	
Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticoagulants - Drugs For The Skin		
REGSPAN TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Nivel 2	
Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin		
OTZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 2	PA
OTZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 2	PA
Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for oral generic Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 365 days
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
ZOVIRAX TOPICAL OINTMENT 5 % (acyclovir)	Nivel 2	
Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsoriático - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (200 GM per 28 days)
Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (IL-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (spesolimab-sbzo)	Nivel 4	
Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Nivel 2	PA
Beta Blockers Cardiac Selective, Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Skin		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
GRAFIX CORE TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
Beta Blockers Non-Cardiac Selective - Drugs For The Skin		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % (clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28)	Nivel 2	
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Nivel 2	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Nivel 2	
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Nivel 2	
Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 4	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 4	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Nivel 4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (secukinumab)	Nivel 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 4	PA
Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>balsam peru-castor oil topical ointment in packet</i>	Nivel 1	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 1	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 2	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Nivel 2	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Nivel 2	
WHYTEDERM SURGIPAK TOPICAL KIT 2-4-2 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	
Combinaciones De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
NIX LICE PREVENTION TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.06-0.35-0.6 % (rosemary oil/lemongrass/citronella oil)	Nivel 1	
Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin		
ADALINA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
Cuidado De Lesiones - Combinaciones De Limpiadores - Drugs For The Skin		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 %-0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water)	Nivel 2	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 %-0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfate/sod phosphate,mono)	Nivel 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 %-0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Nivel 2	
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 2	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Nivel 2	
ACTICOAT DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 5 X 5 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 2	
ACTICOAT FLEX 3 DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 2	
ACTICOAT FLEX 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 24 ", 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 2	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 2	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Nivel 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 2	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing,collagen/silver/sod alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 2	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 2	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Nivel 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Nivel 2	
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Nivel 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Nivel 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Nivel 2	
OCM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 2	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 2	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin		
ANZUPGO TOPICAL CREAM 2 % (delgocitinib)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Nivel 2	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Nivel 2	PA
Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 4	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 4	PA
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 4	PA
EBGLYSS SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 4	PA
Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin		
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 2	QL (5 EA per 1 FILL)
KLISYRI (350 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 2	QL (5 EA per 1 FILL)
Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin		
KAZURI TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
KERIDA TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 2	
KYNARA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 2	
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 2	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 2	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladaores De Fibrina - Drugs For The Skin		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 2	
Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Nivel 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 1	
CONDYLOX TOPICAL GEL 0.5 % (podofilox)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Nivel 2	
HYDRO 40 TOPICAL FOAM 40 % (urea)	Nivel 2	
KERALYT TOPICAL SHAMPOO 6 % (salicylic acid)	Nivel 2	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Nivel 2	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Nivel 2	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Nivel 2	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit,cleanser and cream er 6 %</i>	Nivel 1	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Nivel 2	
SALIMEZ TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 2	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 1	
SALYCIM TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 2	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Nivel 1	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Nivel 2	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Nivel 2	
URAMAXIN GT TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL CREAM 45 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Nivel 2	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 41 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Nivel 1	
VIRASAL TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL 27.5 % (salicylic acid)	Nivel 2	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Nivel 2	
XUREA TOPICAL CREAM 39 % (urea)	Nivel 2	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin		
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Despigmentación - Drugs For The Skin		
BLANCHE TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 2	
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Nivel 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 2	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 2	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA HP PLUS TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA HP TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA LP TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 2	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agentes De Tratamiento De Hiperhidrosis De Anticolinérgicos - Drugs For The Skin		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (glycopyrronium tosylate)	Nivel 2	PA
SOFDRA TOPICAL GEL WITH PUMP 12.45 % (72 MG /ACTUATION) (sofipirionium bromide)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	Nivel 1	
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Nivel 2	
FLECTOR TRANSDERMAL PATCH 12 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 2	
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Nivel 2	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Nivel 2	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 2	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Flector patch within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VENNGEL II TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 2	
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 1	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 2	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 2	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
PURAZIL TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 2	
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>tazarotene topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.1 % (tazarotene)	Nivel 2	
TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 % (tazarotene)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VECTICAL TOPICAL OINTMENT 3 MCG/GRAM (calcitriol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 2	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 2	PA
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 % (bexarotene)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Nivel 1	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 2	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Nivel 1	
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
LIDODERM TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 5 % (lidocaine)	Nivel 2	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3 %, 3.25 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 1	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Nivel 2	
LIDTOPIC TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 7.5 % (lidocaine)	Nivel 2	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 1	
NOLIRA TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 2	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 2	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 2	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Nivel 2	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Nivel 2	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 2	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 1	
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lidoderm 5% patch within the past 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antibacterial, Agente Antifúngico Con Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ALCORTIN A TOPICAL GEL IN PACKET 2-1-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe polysaccharides no.2)	Nivel 2	
DAZINIA TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Nivel 1	
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VYTONE TOPICAL CREAM IN PACKET 1.9-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe vera)	Nivel 2	
Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin		
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Nivel 2	
BATIZIA TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 2	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Nivel 2	
CENTANY TOPICAL OINTMENT 2 % (mupirocin)	Nivel 2	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 2	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Nivel 2	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Nivel 1	
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Nivel 2	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Nivel 2	
Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Nivel 2	
Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Nivel 1	QL (100 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Ciclopirox (shampoo/gel) or Ketoconazole (shampoo/cream) within the past 120 days
OVACE PLUS WASH TOPICAL CLEANSER, GEL 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Nivel 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Nivel 2	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinación De Nsaid Y Anestesia Local - Drugs For The Skin		
DICLOVIX TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-2.5-4-2 % (diclofenac sodium/lidocaine/methyl salicylate/camphor)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin		
DENVITA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 2	
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Nivel 1	
FENOVIA TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
FERVINA TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 2	
FIDILA TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 2	
FRIVO TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 2	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 2	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 2	
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
CLOBEZIN TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-0.44 % (clotrimazole/betamethasone/menthol/zinc oxide/petrolatum,wht)	Nivel 2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
DELIBON TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 2	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Nivel 2	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Nivel 2	
DIONARIS TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 2	
DIVENDO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 2	
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 2	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones De Antibacteriales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide/emollient comb no.65)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days; QL (10 GM per 365 days)
Dermatológico - Combinaciones De Despigmentación - Drugs For The Skin		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KATARYA TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 2	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetate)	Nivel 2	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 2	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetate)	Nivel 2	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAVILO HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
MAVILO LP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
MAVILO TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
MECORIX HP TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MECORIX PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MECORIX TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MEDORFA PLUS TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 2	
MEKAM HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MEKAM TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MELIDU TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MELONDIS PLUS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MELONDIS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MIMORA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 2	
MOKURA LP TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOKURA MOD TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOKURA PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOKURA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOLEXI TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MYTHIUS TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MYVORI TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 2	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Nivel 2	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Nivel 2	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Nivel 2	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 2	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Nivel 2	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
Dermatólogo - Combinaciones De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
HURRI-FREEZE TOPICAL AEROSOL,SPRAY (vapocoolant device)	Nivel 2	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 2	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 2	
DIVINIX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIVINIX TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DIVINIX TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DOMELA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 2	
DYNOMA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 2	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 2	
ILEXOR TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
PLENURA TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 2	
TELIORA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 2	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Nivel 2	
NEW SKIN BOTANICALS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.7)	Nivel 2	
NEW SKIN KIDS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.9)	Nivel 2	
NEW SKIN SENSITIVE TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.8)	Nivel 2	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 2	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe vera extract)	Nivel 2	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Nivel 2	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 2	
SCARTRATE TOPICAL CREAM 5-2.25 % (dimethicone/allantoin)	Nivel 2	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Nivel 1	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 1	
HPR PLUS-MB HYDROGEL TOPICAL COMBO PACK, GEL AND FOAM 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 1	
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 1	
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones Glucocorticoide-Emolientes - Drugs For The Skin		
BESER KIT TOPICAL KIT, LOTION AND CREAM, EMOLLIENT 0.05 % (fluticasone propionate/emollient combination no.65)	Nivel 2	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone)	Nivel 1	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Nivel 2	
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetonide/urea/silicone, adhesive)	Nivel 2	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Nivel 2	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Nivel 2	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 1	QL (1 EA per 30 days)
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 2	QL (375 GM per 30 days)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Nivel 2	QL (375 GM per 30 days)
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Nivel 2	
WHYTEDERM TDKIT TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 2	
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones Querotolíticas		
Otros - Drugs For The Skin		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 2	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 2	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 2	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Nivel 2	
WAYZEN TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 2	
WELERIS TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 2	
XIRUN TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 2	
Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin		
AMLACTIN TOPICAL LOTION 12 % (ammonium lactate)	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Nivel 1	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Nivel 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Nivel 2	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Nivel 2	
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Nivel 2	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Nivel 2	
<i>urea topical cream 10 %, 20 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical lotion 10 %</i>	Nivel 1	
<i>vitamin e (dl, acetate) topical oil</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Ésteres Tópicos De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (benzocaine)	Nivel 2	
Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream within the past 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
fluticasone propionate (Beser Topical Lotion 0.05 %)	Nivel 2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
CLOBEX TOPICAL LOTION 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
CLOBEX TOPICAL SHAMPOO 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
CLOBEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
clobetasol propionate (Clodan Topical Shampoo 0.05 %)	Nivel 2	
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
CORDRAN TOPICAL LOTION 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 2	
CORDRAN TOPICAL OINTMENT 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DERMA-SMOOTHIE/FS BODY OIL TOPICAL OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
DERMA-SMOOTHIE/FS SCALP OIL SCALP OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide/shower cap)	Nivel 2	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
DESOWEN TOPICAL CREAM 0.05 % (desonide)	Nivel 2	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DIPROLENE (AUGMENTED) TOPICAL OINTMENT 0.05 % (betamethasone dipropionate/propylene glycol)	Nivel 2	
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 2	
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 2	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halcinonide topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL CREAM 0.1 % (halcinonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone topical solution 2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Nivel 2	
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
KENALOG TOPICAL AEROSOL 0.147 MG/GRAM (triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOCOID LIPOCREAM TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone butyrate/emollient base)	Nivel 2	
LOCOID TOPICAL LOTION 0.1 % (hydrocortisone butyrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)
LUXIQ TOPICAL FOAM 0.12 % (betamethasone valerate)	Nivel 2	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
OLUX TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
OLUX-E TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate/emollient base)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctocort Topical Cream 1 %)	Nivel 2	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no.1)	Nivel 2	
SCALACORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
SYNALAR TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
SYNALAR TOPICAL OINTMENT 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
SYNALAR TOPICAL SOLUTION 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
hydrocortisone (Texacort Topical Solution 2.5 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
desoximetasone (Topicort Topical Cream 0.05 %, 0.25 %)	Nivel 2	
TOPICORT TOPICAL GEL 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 2	
TOPICORT TOPICAL OINTMENT 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 2	
desoximetasone (Topicort Topical Ointment 0.25 %)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPICORT TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.25 % (desoximetasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days
clobetasol propionate/emollient base (Tovet Emollient Topical Foam 0.05 %)	Nivel 2	
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Nivel 1	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Nivel 2	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VANOS TOPICAL CREAM 0.1 % (fluocinonide)	Nivel 2	
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil within the past 120 days
Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin		
ELIDEL TOPICAL CREAM 1 % (pimecrolimus)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
ELYZIA (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ELYZIA TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HOVYN TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 2	
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 2	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 2	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
VEVEN TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Imiquimod 5% cream packets and Podofilox 0.5% solution within the past 365 days; QL (30 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Drugs For The Skin		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (interferon alfa-n3)	Nivel 4	
Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Nivel 2	
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 2	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 2	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Nivel 2	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Nivel 2	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Nivel 2	
COCOA BUTTER FORMULA - VIT E TOPICAL LIQUID (emollient combination no.123)	Nivel 2	
CUTEMOL EMOLLIENT TOPICAL CREAM (emollient combination no.125)	Nivel 2	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Nivel 2	
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Nivel 2	
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Nivel 1	
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 1	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Nivel 1	
ENTTY TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Nivel 2	
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Nivel 2	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Nivel 2	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Nivel 2	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 2	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 2	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Nivel 2	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Nivel 2	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Nivel 2	
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Nivel 2	
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 1	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Nivel 2	
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Nivel 2	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Nivel 2	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 2	
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum, white/ceresin)	Nivel 1	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum, white/water)	Nivel 1	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Nivel 1	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Nivel 2	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Nivel 2	
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/sheabutter/marigold/argan)	Nivel 1	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Nivel 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 2	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acet (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Nivel 1	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Nivel 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 2	
SKIN THERAPY TOPICAL LIQUID (emollient combination no.41)	Nivel 1	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 1	
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 1	
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Nivel 1	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Nivel 1	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Nivel 1	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/sheatree)	Nivel 2	
Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin		
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdb)	Nivel 2	
Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
SILVADENE TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Nivel 2	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Nivel 2	
Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Nivel 2	
Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 2	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Nivel 1	
SAFRYCYN TOPICAL CREAM 0.2 % (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Nivel 2	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Nivel 1	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	Nivel 1	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Nivel 2	
Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days
Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin		
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 1	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 1	
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL,SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Nivel 1	
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION, EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 2	
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
BAXONIL TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 2	
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 2	
<i>ivermectin topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
METROCREAM TOPICAL CREAM 0.75 % (metronidazole)	Nivel 2	
METROGEL TOPICAL GEL 1 % (metronidazole)	Nivel 2	
METROLOTION TOPICAL LOTION 0.75 % (metronidazole)	Nivel 2	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	
MIRVASO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.33 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metronidazole 0.75% gel, lotion, or cream within the past 120 days
REMYDA TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTIMO TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 2	
RHOFADE TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Nivel 2	
metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
metronidazole (Rosadan Topical Gel 0.75 %)	Nivel 2	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 2	
ROSADAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 2	
ROSITARA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
ROVIS TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Nivel 2	
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin		
DYCLOPRO TOPICAL SOLUTION 0.5 % (dyclonine HCl)	Nivel 1	
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Varias Combinaciones - Drugs For The Skin		
KEFUNOVA TOPICAL CREAM 5-0.005 % (fluorouracil/calcipotriene)	Nivel 2	
Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Nivel 2	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Nivel 2	
Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Nivel 2	QL (60 GM per 28 days)
Dietary Product - Sweeteners - Drugs For The Skin		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
Dietary Products - Drugs For The Skin		
CARAC TOPICAL CREAM 0.5 % (fluorouracil)	Nivel 2	PA
EFUDEX TOPICAL CREAM 5 % (fluorouracil)	Nivel 2	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Nivel 2	
Erythropoietins - Drugs For The Skin		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Factor Viii Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 2	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 2	
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Nivel 1	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Nivel 1	
EYELID WIPES (WITH CHAMOMILE) TOPICAL TOWELETTE (eyelid cleanser combination no.6)	Nivel 2	
OCUSOFT LID SCRUB ALLERGY TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.13)	Nivel 2	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Nivel 2	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Nivel 2	
Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-CSf) - Drugs For The Skin		
DERMACINRX PHN PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5 % (lidocaine/emollient combination no.102)	Nivel 2	
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Nivel 2	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Nivel 2	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Nivel 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 2	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 1	
Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin		
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Nivel 2	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Nivel 1	
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Nivel 1	
TECNU TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.41)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Hot And Cold Combination Therapy Aids - Drugs For The Skin		
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Irrigation Supplies - Drugs For The Skin		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	
TACLONEX TOPICAL SUSPENSION 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Taclonex ointment within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Nivel 2	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Nivel 2	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Nivel 2	
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
LUZU TOPICAL CREAM 1 % (luliconazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Nivel 1	
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Nivel 2	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VUSION TOPICAL OINTMENT 0.25-15-81.35 % (miconazole nitrate/zinc oxide/petrolatum,white)	Nivel 2	
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Nivel 2	
silver nitrate applicators topical stick 75-25 %	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Oral Electrolytes - Drugs For The Skin		
CHEST RUB (WITH PINE OIL) TOPICAL OINTMENT (eucalyptus oil/lavender oil/pine needle oil/beeswax)	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin		
ABENOR HP TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ABENOR TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 2	
ACZONE TOPICAL GEL 5 % (dapsone)	Nivel 2	
ACZONE TOPICAL GEL WITH PUMP 7.5 % (dapsone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for generic topicals: Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin within the past 365 days; Age (Min 9 Years)
APORIX TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 2	
azelaic acid topical gel 15 %	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
CLEOCIN T TOPICAL LOTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	
CLEOCIN T TOPICAL SOLUTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	QL (180 ML per 1 FILL)
clindamycin phosphate (Clindacin Etz Topical Swab 1 %)	Nivel 2	
clindamycin phosphate (Clindacin P Topical Swab 1 %)	Nivel 2	
clindamycin phosphate (Clindacin Topical Foam 1 %)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINDAGEL TOPICAL GEL, ONCE DAILY 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 7.5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 2	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
ERYGEL TOPICAL GEL 2 % (erythromycin base in ethanol)	Nivel 2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
EVOCLIN TOPICAL FOAM 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
KLARON TOPICAL SUSPENSION 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
RUMILO TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1	
Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 2	
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOGEN TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 2	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOTAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Nivel 2	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Nivel 2	
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Nivel 2	
KERAXA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ORTHAPHEN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 2	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
NAFTIN TOPICAL GEL 2 % (naftifine HCl)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Nivel 2	
CICLODAN KIT TOPICAL SOLUTION 8 % (ciclopirox/urea/camphor/menthol/eucalyptol)	Nivel 2	QL (19.8 ML per 1 FILL)
ciclopirox olamine (Ciclodan Topical Cream 0.77 %)	Nivel 2	QL (180 GM per 1 FILL)
ciclopirox (Ciclodan Topical Solution 8 %)	Nivel 2	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
DAFILOR TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 2	
FILOMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 2	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL CREAM 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 2	QL (180 GM per 1 FILL)
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL SUSPENSION 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 2	QL (180 ML per 1 FILL)
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 2	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days
Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin		
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 1	
CETACAINE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Nivel 2	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 2	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Nivel 2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
NOBELA TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 2	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
SYNTHERMA PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
Protectores De Uñas - Drugs For The Skin		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Nivel 2	
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Nivel 2	
Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute, human and bovine)	Nivel 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa,meshed)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin		
ADMIRAZOL HP TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsona/spironolactona/niacinamida)	Nivel 2	
ADMIRAZOL TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsona/spironolactona/niacinamida)	Nivel 2	
ALIXI HP TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsona/niacinamida)	Nivel 2	
ALIXI TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsona/niacinamida)	Nivel 2	
APORIX TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamicina/niacinamida)	Nivel 2	
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamicina phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 2	
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamicina phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 2	
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamicina/niacinamida)	Nivel 2	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsona/spironolactona/niacinamida)	Nivel 2	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapsona/spironolactona/niacinamida)	Nivel 2	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsona/niacinamida)	Nivel 2	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapsona/niacinamida)	Nivel 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsona/spironolactona/niacinamida)	Nivel 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapsona/spironolactona/niacinamida)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratolíticas - Drugs For The Skin		
ACANYA TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2-2.5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
APEXOL HP TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
APEXOL TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
ARTILIS HP TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ARTILIS TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 1	
AVAR LS TOPICAL CLEANSER 10-2 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
AVAR TOPICAL CLEANSER 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	QL (1419 GM per 1 FILL)
BENZAMYCIN TOPICAL GEL 3-5 % (erythromycin base/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Nivel 2	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 %(1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ONEXTON TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2 %(1 % BASE) - 3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
PLEXION CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
PLEXION TOPICAL CLEANSER 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %, 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
SUMADAN TOPICAL CLEANSER 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 2	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK,CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Nivel 2	
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUMAXIN TOPICAL CLEANSER 9-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 2	
ADERMICA HP TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ADERMICA TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALOMIRA HP TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALOMIRA LP TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALOMIRA TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALUXOF HP TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ALUXOF TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
AUGUSTIL TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
AVIDORA HP TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVIDORA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
AVIDORA TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
AWANIS TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 2	PA
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clindamycin gel or Tretinoin 0.025% gel within the past 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
DEOXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
INZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOUNZDOMDIOXIATAR TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ONZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
UNZDOMDIOXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 2	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %</i> , 0.3-2.5 %	Nivel 1	
ALURIS HP PLUS TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS LP PLUS TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS LP TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS PLUS TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
APHORIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 2	
AZALTA HP TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
AZALTA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
EPIDUO FORTE TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
EPIDUO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.1-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
SIRVANA TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
SORIXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Nivel 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Nivel 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Nivel 2	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Nivel 2	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Nivel 2	
ALVOX HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
ALVOX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
ATRALIN TOPICAL GEL 0.05 % (tretinoin)	Nivel 2	
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
DIFFERIN TOPICAL CREAM 0.1 % (adapalene)	Nivel 2	
DIFFERIN TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3 % (adapalene)	Nivel 2	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 %, 0.08 % (tretinoin microspheres)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
RETIN-A MICRO TOPICAL GEL 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
RETIN-A TOPICAL CREAM 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % (tretinoin)	Nivel 2	
RETIN-A TOPICAL GEL 0.01 %, 0.025 % (tretinoin)	Nivel 2	
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Sistémica Para El Acné - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE 16 MG, 24 MG, 32 MG, 8 MG (isotretinoin, micronized)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
Vendajes De Piel De Ovina (Oveja), No-Viva - Drugs For The Skin		
KERAMATRIX TOPICAL SHEET 2 X 2 ", 3/4 X 1 ", 4 X 4 " (tissue matrix, keratin-based, ovine derived)	Nivel 2	
Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin		
MIRO3D FIBERS TOPICAL POWDER 100 MG, 500 MG, 700 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 4 X 4 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM, 7 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM), porcine derived, fenestrated)	Nivel 2	
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM), porcine derived, fenestrated)	Nivel 2	
MIRODRY WOUND MATRIX TOPICAL SHEET 10 X 5 CM, 2 X 2 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 5 X 7 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfr pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 2	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 2	
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 2	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 4	
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 4	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 2	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Nivel 2	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 2	
Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	PV	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 2	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 2	
Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Covid-19 Miscellaneous Testing Supplies - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 2	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 2	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 2	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
Ophthalmic - Local Anesthetic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 2	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 2	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Local Anesthetic Esters - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
Ophthalmic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 2	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 2	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 2	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 2	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 2	
I-PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 2	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 2	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 2	
Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINER KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 2	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 2	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 2	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 2	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 2	
Otic (Ear) - Analgesics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disponible, 1 mL)	Nivel 1	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Nivel 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Nivel 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Nivel 3	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL, insulin, safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle, safety, disposal unit, 0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL, insulin, safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
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)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Nivel 3	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	Nivel 3	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	Nivel 3	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
AUTOLET LITE (lancing device)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	Nivel 3	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 2	
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	Nivel 3	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	Nivel 3	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
<i>blood-glucose meter</i>	Nivel 3	
<i>blood-glucose meter kit</i>	Nivel 3	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	Nivel 3	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CARESENS N (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	Nivel 3	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies,miscell)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	Nivel 3	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	Nivel 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	Nivel 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Nivel 3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor,implantable,continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 4	PA
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	Nivel 3	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Nivel 3	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Nivel 3	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA G30A (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	Nivel 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	Nivel 3	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
INSUL-CAP (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
INSUL-EZE (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Nivel 3	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	Nivel 3	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	Nivel 3	
<i>lancing device</i>	Nivel 3	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	Nivel 3	
<i>lancing device with lancets kit</i>	Nivel 3	
LANCING SYSTEM (lancing device)	Nivel 3	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	Nivel 3	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MICROLET LANCET (lancets)	Nivel 3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	Nivel 3	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	Nivel 3	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Nivel 3	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
OVAL TAPE (diabetic supplies,miscell)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRECISION (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	Nivel 3	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SINGLE-LET (lancets)	Nivel 3	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	Nivel 3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST LANCET (lancets)	Nivel 3	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	Nivel 3	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	Nivel 3	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	Nivel 3	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 2	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTI-LANCE (lancing device)	Nivel 3	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	Nivel 3	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNILET GP LANCET (lancets)	Nivel 3	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 2	
Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/L2)	Nivel 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT (GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/G7 with controller)	Nivel 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/G7)	Nivel 4	
OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/L2 with controller)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 4	
TWIST REFILL KIT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 2	
TWIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
TWIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Aguja De Extracción De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gasa Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Comb. De Azúcar En Sangre-Cetonas Suministros De Pruebas - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Combinaciones De Dispositivos De Presión Arterial - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Nivel 3	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Nivel 3	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Dispositivos Ventiladores De Trompa De Eustaquio/Oído Medio - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Equipos De Extracción De Sangre Con Anestesia Local - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Implantes Que Abultan El Tejido - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BARRIGEL IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 4	PA
Suministros Médicos Y Dme - Medias De Compresión - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Azúcar En Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
UNISTRIPI TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Cetona En Orina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INSUFLON INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Pruebas De Coagulación De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, S. CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
nebulizer and compressor device	Nivel 2	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 2	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros Dentales Otros - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Q-CARE RX Q2 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine/dental swab 1/mouthwash)	Nivel 2	
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad, silicone-dimethicone-dime-decaneoct-oct-vit E)	Nivel 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gasa - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Nivel 2	
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics		
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Nivel 2	
<i>hypromellose powder</i>	Nivel 2	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Nivel 2	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Tabletas		
<i>cellulose (bulk) powder</i>	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 %, 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 2	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 2	
PULMOSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 2	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales		
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Nivel 2	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Nivel 2	
Dermatological - Antipruritics		
<i>polysorbate 80 solution</i>	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS LIQUID (liquid base no.261)	Nivel 2	
Dermatological - Nsaid Combinations		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Nivel 2	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Nivel 2	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Nivel 2	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Nivel 2	
Dermatological Antipruritics - Antihistamines		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Nivel 2	
Miotics - Direct Acting		
<i>olive oil oil</i>	Nivel 1	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 1	
Ophthalmic - Miotics		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Nivel 2	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Nivel 2	
<i>sesame oil oil</i>	Nivel 2	
<i>sodium succinate powder</i>	Nivel 2	
Químicos - Agentes Criopreservativos		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Nivel 2	
Químicos Al Granel		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Nivel 2	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 2	
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 2	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>guaiacol liquid</i>	Nivel 2	
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 2	
<i>hydroxyethyl methacrylate, bulk liquid 96 %</i>	Nivel 2	
<i>sodium bicarb-sodium chloride powder</i>	Nivel 2	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 1	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 2	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Nivel 2	
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear		
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylonol)	Nivel 2	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics		
CETRAXAL OTIC (EAR) DROPPERETTE 0.2 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
DERMOTIC OIL OTIC (EAR) DROPS 0.01 % (fluocinolone acetonide oil)	Nivel 2	
fluocinolone acetonide oil (Flac Otic Oil Otic (Ear) Drops 0.01 %)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Nivel 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Nivel 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
OTOVEL OTIC (EAR) SOLUTION 0.3-0.025 % (0.25 ML) (ciprofloxacin HCl/fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein lib/lii Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants		
Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants		
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 2	
Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants		
<i>phenol liquid</i>	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants		
<i>glutaraldehyde solution 25 %</i>	Nivel 1	
Platelet Aggregation Inhibitors - Monoclonal Agents - Antiseptics And Disinfectants		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluo/e.water)	Nivel 2	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 2	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 2	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
Productos Vaginales - Drugs For Women		
Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections		
CLEOCIN VAGINAL CREAM 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin vaginal cream within the past 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Antidiarrheal - Gi Adsorbents - Drugs For Women		
AZO BORIC ACID VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 2	
MONISTAT MAINTAIN VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 1	
Antidiarrheals - Drugs For Women		
estradiol (Estrace Vaginal Cream 0.01 % (0.1 Mg/Gram))	Nivel 2	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol acetate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG (estradiol)	Nivel 2	
estradiol (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Nivel 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1	
Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	Nivel 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 2	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 % (37.5MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 2	
Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Insulin Needles-Syringes And Admin Supplies - Drugs For Women		
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 2	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 2	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Nivel 2	
Sistema Locomotor		
Duchenne Muscular Dystrophy - Histone Deacetylase (Hdac) Inhibitor		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION 8.86 MG/ML (givinostat hydrochloride)	Nivel 2	PA
Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Nivel 2	PA
Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Nivel 2	PA
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
Agente Antimiasténicos - Inhibidores De Colinesterasa Reversible - Drugs For Nerves And Muscles		
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML (pyridostigmine bromide)	Nivel 2	
MESTINON ORAL TABLET 60 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MESTINON TIMESPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 180 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 2	
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 2	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 2	
Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Nivel 2	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Nivel 4	PA
Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 2	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Nivel 2	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antimyasthenic Agent - Neonatal Fc Receptor (FcRn) Inhibitor - Drugs For Nerves And Muscles		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SYRINGE 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML (efgartigimod alfa-hyaluronidase-qvfc)	Nivel 4	
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Salicilato - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Nivel 1	
orphenadrine citrate/aspirin/cafeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
<i>orphenadrine-asa-cafeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
orphenadrine citrate/aspirin/cafeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Relajante Musculo Esquelético Y Comb. De Irritante Tópico Y Antiirritante - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
CYCLOPAK KIT 5 MG-2.5 %- 2.5 % (cyclobenzaprine/lidocaine/prilocaine/glycerin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Relajante Musculo Esquelético, Salicilato, Y Comb. De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG (dantrolene sodium)	Nivel 2	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Sedative-Hypnotic - Antihistamines - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>baclofen oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Chlorzoxazone 500mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Nivel 2	
cyclobenzaprine HCl (Fexmid Oral Tablet 7.5 Mg)	Nivel 2	
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (5 MG/ML) (baclofen)	Nivel 2	PA
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Nivel 2	PA
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>metaxalone oral tablet 640 mg</i>	Nivel 1	
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	
OZOBAX ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (baclofen)	Nivel 2	PA
SOMA ORAL TABLET 250 MG, 350 MG (carisoprodol)	Nivel 2	
methocarbamol (Tanlor Oral Tablet 1,000 Mg)	Nivel 1	
<i>tizanidine oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
carisoprodol (Vanadom Oral Tablet 350 Mg)	Nivel 2	
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG, 4 MG, 6 MG (tizanidine HCl)	Nivel 2	
ZANAFLEX ORAL TABLET 4 MG (tizanidine HCl)	Nivel 2	
Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles		
RILUTEK ORAL TABLET 50 MG (riluzole)	Nivel 2	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 2	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 4	PA; QL (3 ML per 180 days)
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Nivel 4	PA; QL (3 ML per 180 days)
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (12.5 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (10 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (10 ML per 180 days)
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 4	PA; QL (4 ML per 180 days)
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (8 ML per 180 days)
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (12.5 ML per 180 days)
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (6 ML per 180 days)
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (7.5 ML per 180 days)
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	PA; QL (7.5 ML per 180 days)
Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Nivel 2	
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG (risdiplam)	Nivel 2	
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Nivel 3	
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	Nivel 3	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips,Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies,miscell)	Nivel 3	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	Nivel 3	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 2	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
AUTOLET LITE (lancing device)	Nivel 3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 2	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	Nivel 3	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 2	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	Nivel 3	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	Nivel 3	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blood-glucose meter</i>	Nivel 3	
<i>blood-glucose meter kit</i>	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 2	
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, S.CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	Nivel 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 2	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Nivel 1	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CARESENS N (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	Nivel 3	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 2	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 2	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 2	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	Nivel 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	Nivel 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Nivel 3	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 2	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 2	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	PV	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X5/16 ", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips,Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINER KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 2	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 2	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 2	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 2	
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 2	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor, implantable, continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 4	PA
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 2	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	Nivel 3	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Nivel 3	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G30A (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	Nivel 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	Nivel 3	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Nivel 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Nivel 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Nivel 3	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
INSUFLON INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 2	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	Nivel 3	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	Nivel 3	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 2	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
I-PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 2	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Nivel 3	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	Nivel 3	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	Nivel 3	
<i>lancing device</i>	Nivel 3	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	Nivel 3	
<i>lancing device with lancets kit</i>	Nivel 3	
LANCING SYSTEM (lancing device)	Nivel 3	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 2	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	Nivel 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MICROLET LANCET (lancets)	Nivel 3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 2	
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)	Nivel 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)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
nebulizer and compressor device	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper, brief, youth, disposable)	Nivel 2	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 2	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	Nivel 3	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	Nivel 3	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Nivel 3	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Nivel 2	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/L2)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Nivel 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Nivel 4	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/L2 with controller)	Nivel 4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 4	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Nivel 3	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips,Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	Nivel 3	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 2	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 2	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 2	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
PRECISION (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Nivel 3	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	Nivel 3	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 2	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	Nivel 3	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 2	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 2	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL, insulin, safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle, safety, disposal unit, 0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL, insulin, safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 2	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SINGLE-LET (lancets)	Nivel 3	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	Nivel 3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST LANCET (lancets)	Nivel 3	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 2	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	Nivel 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 4	
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 4	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	Nivel 3	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 2	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incontinence device, muscle toner, elt)	Nivel 2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/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", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 2	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 2	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Nivel 3	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	Nivel 3	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Nivel 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 2	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
TWIIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
ULTIGUARD 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)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 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)	Nivel 1	
ULTI-LANCE (lancing device)	Nivel 3	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips,Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	Nivel 3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	Nivel 3	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNILET GP LANCET (lancets)	Nivel 3	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
UNISTRIPOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Nivel 3	
UNISTRIPOW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Nivel 3	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	Nivel 3	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, Onetouch Ultra, Onetouch Verio, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	Nivel 3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Nivel 3	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals		
Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals		
<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min oral tablet 750-551.5-50-30 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam su dip-chondroit-c-mn oral capsule 500-400-66-3 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Nivel 2	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 1	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Nivel 2	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-chondroitin oral tablet 250-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-d3-boswellia serr oral tablet 1,500-400-100 mg-unit-mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Nivel 1	
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/cal borate)	Nivel 2	
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc /brom)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Nivel 2	
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Nivel 2	
Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	
Ophthalmic-Intraocular Pressure Reducing Agents, Prostaglandin Analogs - Vitamins And Minerals		
SLEEP TONITE VALERIAN ORAL TABLET 750-100-25 MG (valerian xt/passion flower/hops/chamomile flower/skullcap)	Nivel 2	
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Nivel 2	
Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Nivel 1	
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - Agentes De Tos Y Resfriado - Vitamins And Minerals		
BABY COUGH ORAL SYRUP 4 GRAM-45 MG- 9 MG/3 ML (agave extract/thyme leaf extract/English ivy extract)	Nivel 2	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 2	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 2	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Nivel 2	
Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 1	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Nivel 2	
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Nivel 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Nivel 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Nivel 2	
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Nivel 1	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 2	
EYE HEALTH AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 1	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 2	
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXANTHIN ORAL CAPSULE 60 MG-13.5 MG- 15 MG-2 MG-6 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Nivel 2	
LIVER PROTECT ORAL CAPSULE 200-200-262.5 MG (acetylcysteine/alpha lipoic/milk thistle/selenomethionine)	Nivel 2	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 40-1,600 mg-mcg</i>	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral tablet, chewable 10-2 mg</i>	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Nivel 2	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Nivel 2	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET,CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
PUREVITA ALPHA LIPOIC ACID ORAL DROPS 1 MG/2 ML (alpha lipoic acid)	Nivel 1	
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 2	
Terapia Alternativa - Laxantes Y Catárticos - Vitamins And Minerals		
HERBAL COLON CLEANSER ORAL CAPSULE 500 MG (cascara/psyllium husk/bentonite/alfalfa/aloe/herbs)	Nivel 1	
Terapia Alternativa - No Clasificado - Vitamins And Minerals		
ACAI BERRY DIET ORAL CAPSULE 250 MG-20 MCG- 80 MG-50 MG (acai berry extract/chromium/green tea/cafeine/enzymes)	Nivel 2	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 2	
ALFA-MAX ALFALFA ORAL CAPSULE 525 MG (alfalfa)	Nivel 2	
AM-PM MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 20-250-100(D)/ 20-200-100MG(N) (black cohosh/green tea/Panax ginseng/valerian/hops/theanine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARTICHOKE PREMIUM EXTRACT ORAL CAPSULE 150-300 MG (milk thistle seed extract/artichoke leaf extract)	Nivel 2	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg</i>	Nivel 1	
<i>ashwagandha extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT ORAL TABLET,CHEWABLE 62.5 MG (ashwagandha extract)	Nivel 2	
<i>astragalus root oral capsule 470 mg</i>	Nivel 2	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Nivel 2	
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 2	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Nivel 2	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Nivel 2	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Nivel 2	
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Nivel 2	
<i>black cohosh oral capsule 540 mg</i>	Nivel 2	
<i>black walnut hull oral capsule 450 mg</i>	Nivel 2	
<i>boswellia serrata extract oral tablet 307 mg</i>	Nivel 2	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) (peppermint oil)	Nivel 2	
BP MANAGER ORAL TABLET 519 MG (hawthorn extract/herbal drugs)	Nivel 2	
BRONCHIAL SOOTHE ORAL SYRUP 43 MG/5 ML (English ivy extract)	Nivel 1	
CALMAID ORAL CAPSULE 80 MG (lavender oil)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Nivel 2	
<i>chamomile flower oral capsule 350 mg</i>	Nivel 2	
<i>chaste tree fruit oral capsule 400 mg</i>	Nivel 2	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>cinnamon bark oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Nivel 2	
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry fruit concentrate oral capsule 450 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet, disintegrating 125 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Nivel 2	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 2	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Nivel 2	
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Nivel 2	
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Nivel 1	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET, CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 2	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Nivel 2	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Nivel 2	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 2	
ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Nivel 2	
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Nivel 2	
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Nivel 2	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Nivel 2	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 2	
<i>gamma-aminobutyric acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>garlic extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Nivel 2	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 1	
GARLICIN CARDIO ORAL TABLET 350 MG (garlic)	Nivel 2	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Nivel 2	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Nivel 1	
GENNAMD ORAL CAPSULE 130 MG (cranberry fruit concentrate)	Nivel 2	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Nivel 2	
<i>ginger root-ginger root ext oral capsule 262.5 mg</i>	Nivel 2	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Nivel 2	
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Nivel 2	
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Nivel 2	
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>grape seed extract oral capsule 100 mg</i>	Nivel 2	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Nivel 2	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Nivel 2	
HORNY GOAT WEED PLUS ORAL CAPSULE 250-125 MG (barrenwort/maca extract/herbal drugs)	Nivel 2	
JOINT COMFORT AND MOVEMENT ORAL CAPSULE 100-500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 2	
KOREAN GINSENG ORAL TABLET 1,000 MG (Panax ginseng root)	Nivel 2	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>maca oral capsule 525 mg</i>	Nivel 2	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Nivel 2	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 1	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Nivel 2	
<i>milk thistle oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Nivel 2	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg, 87.5 mg</i>	Nivel 2	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 2	
<i>moringa oleifera oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Nivel 2	
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 2	
NRF2 ACTIVATOR ORAL CAPSULE 200-200-50-30 MG (turmeric xt/green tea xt/pterostilbene/broccoli seed xt)	Nivel 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 2	
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Nivel 2	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Nivel 2	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Nivel 2	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Nivel 2	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Nivel 2	
<i>red beet oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>red beet-sour cherry extract oral tablet,chewable 250-0.5 mg</i>	Nivel 2	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Nivel 2	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Nivel 2	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Nivel 2	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Nivel 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Nivel 2	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg, 585 mg</i>	Nivel 2	
<i>saw palmetto-zinc picolinate oral capsule 450-15 mg</i>	Nivel 2	
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Nivel 2	
SUPER ENERGY HERBAL COMPLEX ORAL TABLET 300-162.5-8 MG (guarana extract/Panax ginseng/alfalfa/herbal drugs)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 2	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Nivel 2	
turmeric root extract oral capsule 500 mg	Nivel 2	
turmeric root extract oral tablet 500 mg	Nivel 2	
turmeric root ext-sour cherry oral capsule 100-1,000 mg	Nivel 2	
turmeric root-ginger root ext oral tablet,chewable 150-25 mg	Nivel 2	
turmeric-ginger-black pepper oral tablet,chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg	Nivel 2	
turmeric-turmeric ext-pepper oral capsule 500-5 mg	Nivel 2	
turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg	Nivel 2	
valerian oral capsule 530 mg	Nivel 2	
valerian root oral capsule 450 mg, 500 mg	Nivel 2	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Nivel 2	
vit c-echinacea purpurea xt oral tablet,chewable 75-3 mg	Nivel 1	
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Nivel 2	
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever		
Gota E Hiperuricemia - Combinaciones Antimióticas-Uricosúricas - Gout Drugs		
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	Nivel 1	
Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs		
colchicine oral capsule 0.6 mg	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
colchicine oral tablet 0.6 mg	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COLCRYS ORAL TABLET 0.6 MG (colchicine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Colchicine capsules or tablets within the past 120 days; QL (10 ML per 1 day)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (febuxostat)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ZYLOPRIM ORAL TABLET 100 MG (allopurinol)	Nivel 2	
Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Terapia De Trastorno Cognitivo		
Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System		
Alzheimer's Disease Therapy - Amyloid Directed Monoclonal Antibody - Drugs For Alzheimer's Disease		
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML (lecanemab-irmb)	Nivel 4	
Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Nivel 2	PA
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG, 5 MG (donepezil HCl)	Nivel 2	
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EXELON PATCH TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HOUR, 9.5 MG/24 HOUR (rivastigmine)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
ZUNVEYL ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 MG, 15 MG, 5 MG (benzgalantamine gluconate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Galantamine tablets or Galantamine ER capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Enfermedad De Alzheimer - Antagonistas De Receptores De Nmda - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 5-10 MG (memantine HCl)	Nivel 2	QL (49 EA per 28 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NAMENDA XR ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (28 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 7 MG (memantine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System		
Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Nivel 2	
Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JALYN ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 0.5-0.4 MG (dutasteride/tamsulosin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days
Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
PROSCAR ORAL TABLET 5 MG (finasteride)	Nivel 2	
Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Nivel 2	
Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate		
AVODART ORAL CAPSULE 0.5 MG (dutasteride)	Nivel 2	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-HT₂) Antagonists - Drugs For The Urinary System		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
Antacid - Aluminum - Drugs For Infections		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
PYRIDIUM ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (phenazopyridine HCl)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacid - Antacid Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
FLOMAX ORAL CAPSULE 0.4 MG (tamsulosin HCl)	Nivel 2	
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG, 8 MG (silodosin)	Nivel 2	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10 MG (alfuzosin HCl)	Nivel 2	
Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 2	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 2	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 2	PA
Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Nivel 2	
THIOLA ORAL TABLET 100 MG (tiopronin)	Nivel 2	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 2	
tiopronin (Venxxiva Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 100 Mg, 300 Mg)	Nivel 2	
Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLYCINE UROLOGIC IRRIGATION SOLUTION 1.5 % (glycine urologic solution)	Nivel 2	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Nivel 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Nivel 2	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
Antacids And Combinations - Drugs For Infections		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 2	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 15 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 2	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Nivel 2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml, 500-334 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Nivel 1	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ (1,080 MG) (potassium citrate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ (potassium citrate)	Nivel 2	
Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 2	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals)	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 2	
Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET 3 GRAM (fosfomycin tromethamine)	Nivel 2	
Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET, SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate, monobasic)	Nivel 2	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate, dibasic/pot phos, monob/sod phosphate mono)	Nivel 1	
Antiespasmódico Urinario - Anticol., Selectivo Muscarínico M(3) (Vejiga) - Drugs For The Bladder		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Nivel 2	
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (solifenacin succinate)	Nivel 2	
Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder		
ANASPAZ ORAL TABLET, DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
ED-SPAZ ORAL TABLET, DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
NULEV ORAL TABLET, DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET, EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET, DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG (fesoterodine fumarate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Nivel 2	
Combinaciones De Metenamina- Antiespasmódicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URYL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Nivel 2	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MG, 500 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
RENVELA ORAL POWDER IN PACKET 0.8 GRAM, 2.4 GRAM (sevelamer carbonate)	Nivel 2	
RENVELA ORAL TABLET 800 MG (sevelamer carbonate)	Nivel 2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Nivel 2	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (tolvaptan)	Nivel 2	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg</i>	Nivel 2	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i>	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Enlaces De Fosfato - Con Base De Hierro - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Oxalosis Agent - Oxalate Inhibitor, Small Interfering Rna Directed - Drugs For The Urinary System		
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) (nedosiran sodium)	Nivel 4	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 8 MG/ML (mirabegron)	Nivel 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate		
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Trastorno Alimentario		
Anti-Obesity - Dual GIP And GLP-1 Receptor Agonists		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 4	PA; QL (2 ML per 28 days)
Treatment Of Hyperphagia In Prader-Willi Syndrome (PWS)		
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 25 MG, 75 MG (diazoxide choline)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders		
Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Megestrol Acetate within the past 120 days
Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
Influenza-A Agent Combinations - Drugs For Eating Disorders		
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML (semaglutide)	Nivel 4	PA; QL (2 ML per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML (semaglutide)	Nivel 4	PA; QL (3 ML per 28 days)
Thyroid Therapy		
Metabolic Modifier - Neimann Pick Disease Type C (Npc)		
AQNEURSA ORAL GRANULES IN PACKET 1 GRAM (levacetylleucine)	Nivel 2	PA
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG (arimoclomol citrate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Nivel 2	PA
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism		
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Cofactor De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Nivel 2	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Nivel 2	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 2	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 2	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Nivel 2	
SEPHIENCE ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 250 MG (sepiapterin)	Nivel 2	PA
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Liasa De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz)	Nivel 4	PA
Agentes De Tratamiento De Hiperparatiroides - De Tipo Análogo De Vitamina D - Drugs That Alter Metabolism		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 2	
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG (paricalcitol)	Nivel 2	
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) - Drugs That Alter Metabolism		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 2	PA
Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Nivel 2	PA
VIJOICE ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG (alpelisib)	Nivel 2	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Nivel 2	PA
Modificador Metabólico - Activador De Carbamil Fosfato Sintetasa 1 (Cps 1) - Drugs That Alter Metabolism		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	Nivel 2	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 2	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism		
BUPHENYL ORAL POWDER 0.94 GRAM/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BUPHENYL ORAL TABLET 500 MG (sodium phenylbutyrate)	Nivel 2	PA
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 2	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 2	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Nivel 2	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Nivel 2	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 2	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism		
HARLIKU ORAL TABLET 2 MG (nitisinone)	Nivel 2	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 2	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 2	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Nivel 2	PA
Modificador Metabólico - Enfermedad De Gaucher, Tipo 1, Tx De Reducción De Sustrato - Drugs That Alter Metabolism		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (eliglustat tartrate)	Nivel 2	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Nivel 2	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 2	PA
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG (miglustat)	Nivel 2	PA

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Nsaid Analgesic, Cyclooxygenase-2 (Cox-2) Selective Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (cobicistat)	Nivel 2	
Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Nivel 2	PA
Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Nivel 2	PA
Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 2	PA
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/SCOOP (betaine)	Nivel 2	PA
Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Nivel 2	
CARNITOR ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine (with sugar))	Nivel 2	
CARNITOR ORAL TABLET 330 MG (levocarnitine)	Nivel 2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitamins - E		
Ophthalmic - Adrenergic-Carbonic Anhydrase Inhib-Prostaglandin Analog		
<i>brimonidine-dorzol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Ophthalmic - Trpm8 Agonist		
TRYPTYR OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.003 % (acoltremon)	Nivel 2	PA
Ophthalmic Antiparasitics		
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Nivel 2	PA
Vitamins - E - Drugs For The Eye		
Anthelmintic Agents Other - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.5-2.5-0.5 % (tropicamide/proparacaine/phenylephrine/ketorolac in water)	Nivel 1	
Antiarrhythmic - Class Iv - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>moxifloxacin-bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin HCl)	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Nivel 1	
OCUFLOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.3 % (ofloxacin)	Nivel 2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
VIGAMOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (moxifloxacin HCl)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Nivel 2	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifúngicos Oftálmico - Tipo Tetraeno Poliénico - Drugs For The Eye		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 2	
Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine-dorzolamide ophthalmic (eye) drops 0.1-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Nivel 2	
Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Nivel 2	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days
B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Beta Blockers Non-Cardiac Select., Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Eye		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 2	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Nivel 2	
Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Nivel 2	
Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Nivel 2	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Nivel 2	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Nivel 1	
MYDCOMBI OPHTHALMIC (EYE) CARTRIDGE 2.5-1 % (phenylephrine HCl/tropicamide)	Nivel 2	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
Lagrimas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Nivel 2	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Nivel 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Mezclas Antibacteriales Oftálmicas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Nivel 1	
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ACULAR LS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.4 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 2	
ACULAR OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 2	QL (20 ML per 30 days)
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (60 EA per 15 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3.4 ML per 16 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 % (bromfenac sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Nivel 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (9 ML per 16 days)
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 % (bromfenac sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
Oftálmico - Agentes De Diagnósticos - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Nivel 2	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Nivel 2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ISTALOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS, ONCE DAILY 0.5 % (timolol maleate)	Nivel 2	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.25 %, 0.5 % (timolol maleate/PF)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Oftálmico - Agentes Para Entrecruzamiento De Colágeno Corneal - Drugs For The Eye		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Nivel 2	
Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 4	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Nivel 4	
Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Nivel 2	
Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Nivel 1	
cyclopentolate HCl (Cyclogyl Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %, 1 %, 2 %)	Nivel 2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Nivel 1	
tropicamide (Mydriacyl Ophthalmic (Eye) Drops 1 %)	Nivel 2	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BEPREVE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.5 % (bepotastine besilate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobetasol ophthalmic (eye) drops,suspension 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (3.5 ML per 14 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Nivel 2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (difluprednate)	Nivel 2	QL (10 ML per 14 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	PA
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone)	Nivel 2	QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (20 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>Iloteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>Iloteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (prednisolone acetate)	Nivel 2	QL (20 ML per 14 days)
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Cyclosporine/Restasis, Miebo, Tyrvaya, or Xiidra within the past 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Nivel 1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 2	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 2	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 2	PA
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Nivel 2	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timol-brimon-dorzol-bimato(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %-0.15 %- 2 %-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimon-dorzol-bimatop ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>timolol-brimonidine-dorzolamid ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-dorzolam-bimatopro(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-dorzolamide-bimatopros ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Comb Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 % (sulfacetamide sodium/prednisolone acetate)	Nivel 2	
MAXITROL OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 3.5MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1 % (neomycin/polymyxin B sulfate/dexamethasone)	Nivel 2	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.6 % (gentamicin sulfate/prednisolone acetate)	Nivel 2	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops within the past 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Nivel 2	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatory		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolon-moxiflox-ketorolac ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Nivel 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 % (brimonidine tartrate/timolol maleate)	Nivel 2	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
COSOPT (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 2-0.5 % (dorzolamide HCl/timolol maleate/PF)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COSOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS 22.3-6.8 MG/ML (dorzolamide HCl/timolol maleate)	Nivel 2	
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones De Bloqueadores Beta-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.5-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromfenac ophthalmic (eye) drops 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye		
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Nivel 1	QL (50 ML per 30 days)
Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
<i>proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)</i>	Nivel 1	
<i>ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)</i>	Nivel 1	
<i>IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE,GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)</i>	Nivel 2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Nivel 2	PA
Oftálmico - Inhibidor De Quinasa De Rho Y Combinación De Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (netarsudil mesylate/latanoprost)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Brimonidine 0.2%, Combigan, Lumigan 0.01%, Simbrinza, or Travatan Z within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	Nivel 2	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML per 12 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Nivel 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.004 % (travoprost)	Nivel 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Nivel 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.005 % (latanoprost)	Nivel 2	
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
ZIOPTAN (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.0015 % (tafluprost/PF)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Combigan, Lumigan 0.01%, Travatan Z, or Simbrinza within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %, 0.15 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Nivel 2	
Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Nivel 2	PA
Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1.25 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QLOSI OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.4 % (pilocarpine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Pilocarpine Ophthalmic solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
VIZZ OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1.44 % (aceclidine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Nivel 2	QL (10 ML per 30 days)
Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Nivel 2	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Nivel 2	PA
Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 2	
Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asegurables (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS..... 582, 710	ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....639, 711	ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....468
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....582, 710	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 605, 711	ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....468
2-IN-1 LANCET DEVICE 605, 710	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS..... 606, 711	ACTIFLOVIT.....268
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....605, 710	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....606, 711	ACTI-LANCE LANCETS 606, 712
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....605, 636, 710	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP.....639, 712	ACTIMMUNE..... 1
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT.....685, 710	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS.....606, 712	<i>activated charcoal</i> 41
A-25 (VIT A PALMITATE)....268	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....606, 712	ACTIVELLA.....429
<i>abacavir</i> 20	ACCUPRIL.....211	ACTIVNUTRIENTS.....285
<i>abacavir-lamivudine</i> 18	ACCURETIC.....209	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....285
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S.....285	Accutane.....551	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE.....285
ABENOR.....531	ACCUTREND GLUCOSE CONTROL.....606, 712	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN.....285
ABENOR HP.....531	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS.....640, 712	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....285
Abigale.....429	ACD SOLUTION A.....231	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON).....285
Abigale Lo.....429	ACD-A.....231	ACTONEL.....432
ABILIFY.....335, 364	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....685, 712	ACTOPLUS MET.....425
<i>abiraterone</i> 151, 154	<i>acebutolol</i> 214	ACTOS.....435
Abirtega.....151, 154	ACESO AG.....468	ACUICYN.....526
ABLYSINOL.....179	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> 113, 127	ACULAR.....882
ABRYSVO (PF).....305	<i>acetaminophen-codeine</i> 132	ACULAR LS.....882
ABSORICA LD.....551	<i>acetazolamide</i> 181	ACUVAIL (PF).....882
ACAI BERRY DIET.....850	<i>acetic acid</i> 698, 862	<i>acyclovir</i> 14, 462
<i>acamprosate</i> 328	<i>acetylcysteine</i> 98, 174	ACZONE.....531
ACANYA.....540	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....62	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....309
<i>acarbose</i> 435	ACIDOPHILUS-PECTIN.....51	ADAINZOXIA.....546
ACCOLATE.....93	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> 62	<i>adalimumab-adaz</i> ..58, 104, 134
ACCRUFER.....257	ACIOXIA.....492	ADALINA.....466
ACCUCAINE KIT.....136, 491	ACIOXIAY.....531	<i>adapalene</i> 548
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN.....605, 710	ACIPHEX.....47	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 546
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP.....639, 711	ACIPHEX SPRINKLE.....47	ADASUVE.....365
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....605, 711	<i>acitretin</i> 475	ADBRY.....470, 471
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV.....605, 711	ACTEMRA.....128	ADCIRCA.....178
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER.....605, 711	ACTHAR.....415	Adderall.....340, 377, 387
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....605, 711	ACTHAR SELFJECT.....415	ADDERALL XR....377, 378, 387
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....605, 711	ACTICOAT 7 DRESSING...468	<i>adefovir</i> 32
	ACTICOAT DRESSING.....468	ADEINZDE.....543
		ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....276
		ADEMPAS.....203
		ADENO-HYDROXO B12.....255
		ADERMICA.....543

ADERMICA HP	543	ADVOCATE PEN NEEDLE	583, 713	AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF)	316
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	606, 712	ADVOCATE REDI-CODE PLUS	606, 640, 713, 714	AFLURIA 2025-2026 (6MO UP)	316
ADLARITY	858	ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L	606, 713	AFREZZA	450
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN	418	ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH	606, 714	AFSTYLA	228
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO	418	ADVOCATE SYRINGES	583, 714	AFTER PILL	155, 156
ADMIRAZOL	539	ADYNOVATE	228	AFTERA	155, 156
ADMIRAZOL HP	539	ADZENYS XR-ODT	378, 387	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS	641, 715
ADTHYZA	443	AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM	685, 714	AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH	606, 715
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	286, 848	AEROCHAMBER MECHANICAL VENT ..	685, 714	AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL	606, 716
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC	62	AEROCHAMBER MINI	685, 714	AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI	607, 716
ADULT ASPIRIN REGIMEN	118, 226	AEROCHAMBER MV ..	685, 714	AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS	641, 716
ADULT LOW DOSE ASPIRIN	118, 226	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	685, 714	AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR	607, 716
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	286	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK	685, 714	AGAMATRIX PRESTO SYSTEM	607, 716
ADULTS 50 PLUS	286	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK	686, 714	AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS	641, 716
ADULTS MULTIVITAMIN	286	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK	686, 715	AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	607, 716
ADVAIR DISKUS	101	AEROCHAMBER PLUS Z STAT	686, 715	AGAMREE	439
ADVAIR HFA	101	AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK	686, 715	AGRYLIN	234
ADVANCE PLUS INTERMITTENT	580, 712	AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	686, 715	AIMOVIG AUTOINJECTOR	400
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT	497	AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK	686, 715	AIMSCO LATEX CONDOM	555, 716
ADVANCED ALL-IN-ONE METER	606, 713	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG	686, 715	AIRDUO RESPIClick	101
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP	640, 713	AEROCHAMBER2GO	686, 715	AIRS ADULT AEROSOL MASK	686, 716
ADVANCED GLUCOSE METER	606, 713	AEROECLIPSE II NEBULIZER	560, 715	AIRS DISPOSABLE NEBULIZER	560, 716
ADVANCED HERBALS GINGER	850	AEROECLIPSE XL NEBULIZER	560, 715	AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK	552, 686, 716
ADVANCED LANCING DEVICE	606, 713	AERONEB GO	686, 715	AIRSUPRA	101
ADVANCED PROBIOTIC	63	AERONEB GO NEBULIZER	560, 715	AIRZONE PEAK FLOW METER	638, 717
ADVANCED SKIN CARE	494	AEROTRACH PLUS	686, 715	AJOVY AUTOINJECTOR	407
ADVANCED TRAVEL LANCETS	606, 713	AEROVENT PLUS	686, 715	AJOVY SYRINGE	408
ADVATE	228	AFINITOR	147	AKEEGA	137
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST	558, 713	AFINITOR DISPERZ	147	AKLIEF	549
ADVOCATE LANCET ..	606, 713	Afirmelle	158	AKTEN (PF)	886
ADVOCATE LANCING DEVICE	606, 713			AKYNZEO (NETUPITANT) ...	42
				Ala-Cort	497
				ALAMAX CR	848

ALAMAX PROTECT.....	848	ALIVE PREMIUM		<i>alogliptin-pioglitazone</i>	431
Ala-Scalp.....	497	PRENATAL.....	287	ALOMIRA.....	543
<i>albendazole</i>	2	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		ALOMIRA HP.....	543
<i>albuterol sulfate</i>	95, 96, 97	COMPLETE.....	287	ALOMIRA LP.....	543
Alcaine.....	895	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alosetron</i>	36, 37
<i>alclometasone</i>	497	GUMMY.....	288	ALPHA BETIC.....	288
ALCORTIN A.....	483	ALIVE WOMEN'S ENERGY	288	<i>alpha lipoic acid</i>	848
ALDACTONE.....	199, 211	ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid-biotin</i>	848
ALECENSA.....	142	VITAMIN.....	288	ALPHAGAN P.....	898
<i>alendronate</i>	433	ALIVE WOMEN'S		ALPHANATE.....	228
ALFA-MAX ALFALFA.....	850	MULTIVITAMIN.....	288	ALPHANINE SD.....	231
ALFAMINO JUNIOR.....	282	ALIVE WOMEN'S ULTRA		<i>alprazolam</i>	367, 368, 391
ALFERON N.....	515	POTENCY.....	288	ALPRAZOLAM INTENSOL	
<i>alfuzosin</i>	862	ALIXI.....	539	.....	367, 391
ALHEMO PEN.....	215	ALIXI HP.....	539	ALPROLIX.....	232
ALIGN DUALBIOTIC.....	63	ALKALINE BATTERIES		ALREX.....	887
ALINIA.....	2	.....	607, 717	ALTABAX.....	537
<i>aliskiren</i>	206	ALKALOL NASAL WASH.....	91	ALTACAINA.....	895
ALIVE ADULT ULTRA		ALKERAN.....	139	ALTACE.....	212
POTENCY.....	286	ALKINDI SPRINKLE.....	439	ALTAFLUOR BENOX..	884, 894
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		ALL FLOW 1000 KIT...	686, 717	Altavera (28).....	158
D3.....	274	ALL FLOW 1000 PFT		ALTERA NEBULIZER	
ALIVE COMPLETE		FILTER.....	686, 717	HANDSET.....	560, 717
PREMIUM PRENATL.....	286	ALL FLOW 3000 KIT...	686, 717	ALTERA NEBULIZER	
ALIVE DAILY ENERGY.....	286	ALL FLOW 3000 PFT		SYSTEM.....	560, 717
ALIVE DIABETIC		FILTER.....	686, 717	ALTERNATE SITE LANCET	
MULTIVITAMIN.....	286	ALL FLOW 4000 KIT...	686, 717	.....	607, 717
ALIVE ENERGY 50 PLUS...	286	ALL FLOW 4000 PFT		ALTERNATE SITE	
ALIVE KIDS CHEWABLE...	303	FILTER.....	686, 717	LANCING DEVICE.....	607, 717
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN		ALL FLOW 5000 KIT...	686, 717	ALTOPREV.....	185
.....	303	ALL FLOW 5000 PFT		ALTRENO.....	549
ALIVE MAX POTENCY.....	286	FILTER.....	686, 717	ALTRIXA.....	277
ALIVE MAX6 POTENCY		ALL FLOW 6000 PFT		ALTRIXA OB.....	264
COMPLETE.....	286	FILTER.....	687, 717	ALTUVIIIIO.....	229
ALIVE MEN 50 PLUS		ALLERGY TRAY 1/2 ML		<i>alum, ammonium (bulk)</i>	697
ULTRA-LUTEIN.....	287	27GX3/8".....	562, 717	ALUNBRIG.....	142
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGY TRAY		ALURIS.....	546
MULTIVIT.....	287	INTRADERMAL BEV...	562, 717	ALURIS HP.....	546
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		ALLERGY TRAY		ALURIS HP PLUS.....	546
(VIT K).....	287	REGULAR BEVEL.....	562, 717	ALURIS LP.....	546
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGY SYRINGE...	562, 717	ALURIS LP PLUS.....	546
ULTRA.....	287	ALLEVYN ADHESIVE		ALURIS PLUS.....	546
ALIVE MEN'S ENERGY.....	287	DRESSING.....	468, 717	ALUXOF.....	543
ALIVE MEN'S GUMMY.....	287	ALLEVYN AG ADHESIVE...	468	ALUXOF HP.....	543
ALIVE MEN'S MAX3		ALLEVYN LIFE DRESSING		ALVAIZ.....	218
POTENCY.....	287	.....	468, 717	ALVESCO.....	86
ALIVE MEN'S ULTRA		<i>allopurinol</i>	857	<i>alvimopan</i>	174
POTENCY.....	287	<i>almotriptan malate</i>	404	ALVOX.....	549
ALIVE PREMIUM ADULT...	287	<i>alogliptin</i>	451	ALVOX HP.....	549
		<i>alogliptin-metformin</i>	452	Alyacen 1/35 (28).....	158

Alyacen 7/7/7 (28).....	167	<i>anagrelide</i>	234	AQINJECT PEN NEEDLE	
ALYFTREK.....	94	Analpram-Hc.....	458	.....	583, 718
Alyq.....	179	ANALPRAM-HC.....	458, 524	AQNEURSA.....	873
<i>amantadine hcl</i>	399	ANAPROX DS.....	120	AQUA LANCE LANCING	
AMBIEN.....	361	ANASCORP.....	306	DEVICE.....	607, 718
AMBIEN CR.....	361	ANASPAZ.....	45, 865	AQUASTAT 0.9% SODIUM	
<i>ambrisentan</i>	204	ANASTIA.....	481	CHLORIDE.....	270
<i>amcinonide</i>	497	<i>anastrozole</i>	153	AQUASTAT SFR 0.9%	
AMELUZ.....	480	ANCOBON.....	14	SODIUM CHLOR.....	270
Amethia.....	170	ANDEMBRY		AQUORAL.....	321
Amethyst (28).....	158	AUTOINJECTOR.....	176	ARAKODA.....	16
AMICAR.....	224	ANDROGEL.....	422	ARALAST NP.....	97
AMIELLE VAGINAL		ANGELIQ.....	450	Aranelle (28).....	167
TRAINER.....	552, 718	ANNOVERA.....	156	ARANESP (IN	
<i>amiloride</i>	192	ANODYNE LPT.....	537	POLYSORBATE).....	220
<i>amiloride-</i>		ANORO ELLIPTA.....	100	ARAVA.....	128
<i>hydrochlorothiazide</i>	199	<i>anticoag citrate phos</i>		ARAZLO.....	549
<i>aminocaproic acid</i>	224, 225	<i>dextrose</i>	231	ARBLI.....	183
<i>amiodarone</i>	183	ANTIOXIDANT FORMULA		ARCALYST.....	123
AMITIZA.....	37, 60	(SELENIUM).....	288, 848	ARESTIN.....	321
<i>amitriptyline</i>	374	ANUCORT-HC.....	457	AREXVY (PF).....	305
<i>amitriptyline-</i>		ANUSOL-HC.....	457	<i>arformoterol</i>	95
<i>chlordiazepoxide</i>	356, 368	Anusol-Hc.....	457, 497	<i>arginine (l-arginine)</i>	238
AMLACTIN.....	496	ANZUPGO.....	470	<i>arginine hcl (l-arginine)</i>	238
<i>amlodipine</i>	194	APADAZ.....	113	ARGYLE TRACHEOSTOMY	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	204	Apexicon E.....	498	CARE TRAY.....	552, 718
<i>amlodipine-benazepril</i>	208	APEXOL.....	540	ARICEPT.....	858
<i>amlodipine-olmesartan</i>	206	APEXOL HP.....	540	ARIKAYCE.....	5
<i>amlodipine-valsartan</i>	206	APHORIA.....	546	ARIMIDEX.....	153
<i>amlodipine-valsartan-</i>		APIDRA SOLOSTAR U-100		<i>aripiprazole</i>	335, 364
<i>hcthiazid</i>	193	INSULIN.....	418	ARIXTRA.....	227
<i>ammonium lactate</i>	496	APIDRA U-100 INSULIN....	418	<i>armodafinil</i>	339
Amnesteem.....	551	APLENZIN.....	357	ARMOUR THYROID.....	444
<i>amoxapine</i>	374	APLIGRAF.....	538	ARNUITY ELLIPTA.....	86
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		APOGEE IC INTERMIT		AROMASIN.....	153
<i>lansopraz</i>	50	CATHETER.....	580, 718	ARTHROTEC 50.....	116
<i>amoxicillin</i>	4	APOGEE PLUS INTERMITT		ARTHROTEC 75.....	116
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	5, 6	CATHETER.....	580, 718	ARTICHOKE PREMIUM	
<i>amphetamine</i>	378, 387	APOKYN.....	399	EXTRACT.....	851
<i>amphetamine sulfate</i>		<i>apomorphine</i>	399	ARTILIS.....	540
.....	340, 359, 378	APORIX.....	532, 539	ARTILIS HP.....	540
<i>ampicillin</i>	4	<i>apraclonidine</i>	898	ARTISS.....	472
AM-PM MENOPAUSE		<i>aprepitant</i>	39	Ascomp With Codeine.....	132
FORMULA.....	850	APRETUDE.....	21	ASCOR.....	263
AMPYRA.....	454	Apri.....	158	<i>ascorbate sodium (vitamin c)</i>	
AMVISC.....	885	APRISO.....	34	.....	263
AMVISC PLUS.....	885	APTENSIO XR.....	378	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	263
AMZEEQ.....	532	APTIOM.....	347, 348	<i>ascorbic acid(vitamin</i>	
ANACAINE.....	497	APTIVUS.....	28	<i>c)(bulk)</i>	263, 697
ANAFRANIL.....	374				

<i>ascorbic acid-ascorbate sodium</i>	263	ATACAND HCT.....	196	AUTOLET LITE.....	607, 720
<i>ascorbic acid-zinc oxide</i>	263	<i>atazanavir</i>	28	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS.....	583, 720
<i>asenapine maleate</i>	335, 362	ATELVIA.....	433	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS.....	583, 720
Ashlyna.....	170	<i>atenolol</i>	197	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	583, 720
<i>ashwagandha extract</i>	851	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	192	AUTOSOFT 30.....	682, 720
<i>ashwagandha root extract</i> ...	851	ATIVAN.....	368, 391	AUTOSOFT 90.....	682, 720
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT.....	851	<i>atomoxetine</i>	409	AUTOSOFT XC INFUSION SET 23".....	682, 720
ASMANEX HFA.....	86	ATORVALIQ.....	185	AUTOSOFT XC INFUSION SET 32".....	682, 720
ASMANEX TWISTHALER.....	86	<i>atorvastatin</i>	185	AUTOSOFT XC INFUSION SET 43".....	682, 720
<i>aspirin</i>	118, 226	<i>atovaquone</i>	30	AUVELITY.....	359
ASPIRIN CHILDRENS.....	118, 226	<i>atovaquone-proguanil</i>	26	AUVI-Q.....	213
<i>aspirin-dipyridamole</i>	234	ATRALIN.....	549	AVALIDE.....	196
ASPRUZYO SPRINKLE.....	206	ATRAPRO.....	851	AVAPRO.....	183
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	607, 718	ATRAPRO CP.....	515	AVAR.....	540
ASSURE 4 STRIPS.....	642, 718	ATRAPRO DERMAL SPRAY.....	466, 700	AVAR LS.....	540
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL.....	607, 718	ATRAPRO HYDROGEL.....	515	AVEIDA.....	521
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL.....	607, 718	ATROPEN.....	181	AVEIDAOXIA.....	521
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	583, 718	<i>atropine</i>	886	AVENOVA.....	526
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	583, 718	<i>atropine sulfate (pf)</i>	886	AVERI.....	158
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	583, 718	ATROVENT HFA.....	84	Aviane.....	158
ASSURE LANCE.....	607, 718	ATTRUBY.....	413	AVIDORA.....	544
ASSURE LANCE PLUS.....	607, 719	AUBAGIO.....	454	AVIDORA HP.....	543
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER.....	607, 719	Aubra.....	158	Avidoxy.....	7
ASSURE PLATINUM TEST STRIP.....	642, 719	Aubra Eq.....	158	AVIDOXY DK.....	24
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN.....	607, 719	AUGMENTIN.....	6	AVITA.....	549
ASSURE PRISM MULTI METER.....	607, 719	AUGMENTIN ES-600.....	6	AVITENE.....	216
ASSURE PRISM MULTI STRIP.....	642, 719	AUGMENTIN XR.....	6	AVITENE FLOUR.....	215
ASTAGRAF XL.....	328	AUGTYRO.....	144	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	137
ASTERO.....	481	AUGUSTIL.....	543	AVO CREAM.....	515
ASTHMA CHECK METER.....	638, 719	AURA PORTANEB.....	560, 719	AVODART.....	861
ASTHMAPACK CHILDREN'S.....	638, 719	<i>auranofin</i>	130	AVONEX.....	454, 455
<i>astragalus root</i>	851	Aurovela 1.5/30 (21).....	158	AWANIS.....	544
ASTRINGYN.....	215	Aurovela 1/20 (21).....	158	Ayuna.....	159
ATACAND.....	183	Aurovela 24 Fe.....	158	AYVAKIT.....	144
		Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	158	AZALTA.....	546
		Aurovela Fe 1-20 (28).....	158	AZALTA HP.....	546
		AURUMHEEL.....	324	Azasan.....	123, 329
		AURYXIA.....	258, 869, 871	AZASITE.....	879
		AUSTEDO.....	402, 408, 409	<i>azathioprine</i>	123, 329
		AUSTEDO XR.....	402, 408, 409	<i>azelaic acid</i>	521, 532
		AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	402, 408, 409	<i>azelastine</i>	92, 886
		AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE.....	583, 719	<i>azelastine-fluticasone</i>	81
		AUTO-LANCET MINI...607, 719		AZELEX.....	521, 532
		AUTOLET IMPRESSION LANC DEV.....	607, 720	AZESCO.....	264
		AUTOLET LANCING DEVICE.....	607, 720		

AZILECT.....	370	BAQSIMI.....	414	BD POSIFLUSH NORMAL	
<i>azithromycin</i>	12	BARACLUDE.....	32	SALINE 0.9.....	270
AZO BORIC ACID.....	702	BARIATRIC		BD PRECISIONGLIDE 564, 722	
AZO COMPLETE		MULTIVITAMINS.....	288	BD SAFETYGLIDE	
FEMININE BALANCE.....	63	BARRIGEL.....	637	ALLERGIST TRAY.....	564, 723
AZO CRANBERRY PLUS		BASADROX.....	484	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
PROBIOTIC.....	851	BASAGLAR KWIKPEN U-		SYRINGE.....	584, 723
AZO CRANBERRY PLUS		100 INSULIN.....	417	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	
VIT C.....	851	BASAGLAR TEMPO		.....	564, 723
AZO DUAL PROTECTION....	63	PEN(U-100)INSLN.....	417	BD SAFETYGLIDE	
AZO MENOPAUSE NIGHT-		BATIZIA.....	484	SHIELDING REG.....	564, 723
MELATONIN.....	394	BAXDELA.....	6	BD SAFETYGLIDE	
AZO VAGINAL HEALTH		BAXONIL.....	521	SYRINGE.....	564, 584, 723
PROBIOTIC.....	63	BAYER ASPIRIN.....	118, 226	BD SAFETYGLIDE TB REG	
AZOPT.....	896	BAYER LOW DOSE		BEVEL.....	564, 723
AZOR.....	206	ASPIRIN.....	118, 226	BD SAFETYGLIDE	
AZSTARYS.....	378	B-COMPLEX INJECTION...	302	TUBERCULIN.....	564, 723
AZULFIDINE.....	35, 129	B-COMPLEX PLUS B-12....	301	BD SAF-T-INTIMA.....	561, 723
AZULFIDINE EN-TABS. 35, 129		<i>b-complex with vitamin c</i>	235	BD SLIP TIP SYRINGE	
Azurette (28).....	170	BD ALLERGIST TRAY REG		.....	564, 565, 724
B ACTIV.....	235	BEVEL.....	562, 720	B-D SLIP TIP SYRINGE	
B COMPLEX 100.....	302	BD ALLERGY SYRINGE		.....	565, 724
<i>b complex-vitamin c-folic</i>		.....	562, 720	BD SPECIALTY USE	
<i>acid</i>	235	BD BLUNT PLASTIC		NEEDLES.....	565, 724
B-100 COMPLEX.....	235	CANNULA.....	562, 720	BD SYRINGE.....	566, 725
B12.....	255	BD BULK SYRINGE SLIP		BD SYRINGE CATH TIP	
B12 ACTIVE.....	255	TIP.....	562, 720, 721	NONSTERILE.....	565, 724
B-50 COMPLEX WITH		BD ECCENTRIC TIP		BD SYRINGE CATHETER	
INOSITOL.....	235	SYRINGE.....	562, 721	TIP.....	565, 724
BABY COUGH.....	848	BD ECLIPSE LUER-LOK		BD SYRINGE LUER-LOK	
BABY COUGH-MUCUS.....	848	.....	562, 563, 583, 721	NONSTERILE.....	565, 724
BACICAP.....	63	BD FILTER NEEDLE-5		BD SYRINGE LUER-LOK	
BACID WITH		MICRON.....	563, 721	STERILE.....	565, 724
LACTOSPORE.....	63	BD INSYTE AUTOGUARD		BD SYRINGE SLIP TIP	
<i>bacitracin</i>	879	.....	561, 721	NONSTERILE	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	882	BD INTEGRA SYRINGE		.....	565, 566, 724, 725
<i>baclofen</i>	707	.....	563, 721	BD SYRINGE-DUAL	
BACTRIM.....	4	BD INTERLINK BLUNT		CANNULA.....	566, 725
BACTRIM DS.....	4	PLASTIC CAN.....	563, 721	BD TUBERCULIN SLIP-TIP	
BAFIERTAM.....	456	BD INTERLINK SYRINGE		.....	566, 725
BAL-CARE DHA.....	239	.....	563, 721	BD TUBERCULIN SYRINGE	
BAL-CARE DHA		BD LUER-LOK BULK		.....	566, 725
ESSENTIAL.....	239	SYRINGE.....	563, 721	BD VERITOR SARS-COV-2,	
BALCOLTRA.....	159	BD LUER-LOK SYRINGE		FLU A-B.....	558, 725
<i>balsalazide</i>	35	.....	563, 564, 721, 722	BD VERITOR SYSTEM	
<i>balsam peru-castor oil</i>	465	BD LUER-LOK TIP		SARS-COV-2.....	558, 725
BALVERSA.....	141	CONTROL SYRING....	564, 722	BEANAID.....	41
Balziva (28).....	159	BD MICROTAINER		BEANO.....	41
BANATROL PLUS.....	79	LANCET.....	608, 722	BELBUCA.....	131
BANZEL.....	353				

<i>belladonna alkaloids-opium</i>	41, 42	BEST FIBER.....	52	BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
BELSOMRA.....	367	<i>beta carotene</i>	268	TOUJEOMX.....	553, 726
<i>benazepril</i>	212	BETADINE OPHTHALMIC		BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
<i>benazepril-</i>		PREP.....	880	TRESIBA.....	553, 726
<i>hydrochlorothiazide</i>	209	<i>betaine</i>	877	BIJUVA.....	429
BENEFIBER (INULIN-CORN		BETALOAN SUIK.....	432	BIKTARVY.....	29
FIBER).....	51	<i>betamethasone dipropionate</i>		BILAC.....	63
BENEFIBER (WHEAT		.....	498	BILTRICIDE.....	2
DEXTRIN).....	51	<i>betamethasone valerate</i>	498	<i>bimatoprost</i>	896
BENEFIBER ADVANCED.....	63	<i>betamethasone, augmented</i>	498	BIMZELX.....	464
BENEFIBER CLEAR SF		BETAPACE.....	203, 207	BIMZELX AUTOINJECTOR	464
(DEXTRIN).....	51	BETAPACE AF.....	203, 207	BINAXNOW COVD AG	
BENEFIBER DUAL ACTION.	63	BETASERON.....	455	CARD HOME TST.....	558, 726
BENEFIBER DUAL		<i>betaxolol</i>	197, 884	BINAXNOW COVID-19 AG	
ACTION-THEANINE.....	63	<i>bethanechol chloride</i>	872	CARD.....	558, 726
BENEFIBER SUGAR FREE		BETHKIS.....	93	BINAXNOW COVID-19 AG	
(DEXTRIN).....	52	BETIMOL.....	884	SELF TEST.....	558, 726
BENEFIBER SUGAR FREE		BETOPTIC S.....	884	BINOSTO.....	433
(INULIN).....	52	BEVESPI AEROSPHERE...	100	BIO C 1:1.....	268
BENEFIX.....	232	BEVITROL.....	61	BIOLON.....	885
<i>benfotiamine</i>	263	<i>bexarotene</i>	153, 481	BIOLYTE.....	272
BENICAR.....	183	BEXSERO.....	314	BIOMEPRO.....	64
BENICAR HCT.....	196	BEYAZ.....	159	BIONIME RIGHTEST	
BENLYSTA.....	129	BEYFORTUS.....	305	GM300 SYSTEM.....	608, 726
BENTIVITE BX.....	260	<i>bicalutamide</i>	154	BIONIME RIGHTEST TEST	
BENZAMYCIN.....	540	BIDIL.....	197	STRIPS.....	643, 727
BENZEPRO.....	548	BIGFOOT UNITY.....	608, 725	BIOPETIT.....	235
BENZEPRO		BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOSTEP.....	468, 727
(MICROSPHERES).....	547	ADMELOG.....	552, 725	BIOSTEP AG.....	468
<i>benzhydrocodone-</i>		BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOTEL CARE BGM-4	
<i>acetaminophen</i>	113	APIDRA.....	552, 725	METER.....	608, 727
<i>benznidazole</i>	28	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>biotin</i>	267
BENZODOX 30.....	24	ASPART.....	553, 725	BIOTINEX.....	64
BENZODOX 60.....	25	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOZEN.....	64
<i>benzoin (bulk)</i>	519, 697	BASAGLAR.....	553, 725	<i>bismuth subcit k-metronidz-</i>	
<i>benzonatate</i>	84	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>tcn</i>	49
<i>benzoyl peroxide</i>	548	FIASP.....	553, 726	<i>bisoprolol fumarate</i>	197
<i>benztropine</i>	402	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bisoprolol-</i>	
<i>bepotastine besilate</i>	886	HUMALOG.....	553, 726	<i>hydrochlorothiazide</i>	192
BEPREVE.....	887	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bitter melon extract</i>	851
<i>berberine chloride</i>	5	LANTUS.....	553, 726	<i>black cohosh</i>	851
BERBERINE ES-5.....	5	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>black walnut hull</i>	851
BERGACOR.....	851	LISPRO.....	553, 726	BLANCHE.....	475
BERGACOR PLUS.....	851	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BLEPHAMIDE S.O.P.....	892
BERINERT.....	217	LYUMJEV.....	553, 726	Blisovi 24 Fe.....	159
Beser.....	498	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	159
BESER KIT.....	495	NOVOLOG.....	553, 726	Blisovi Fe 1/20 (28).....	159
BESIVANCE.....	879	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>blood glucose contrl</i>	
BESREMI.....	148	TOUJEO.....	553, 726	<i>hi,normal</i>	608, 727

<i>blood glucose control, normal</i>	608, 727	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD	687, 729	<i>buprenorphine-naloxone</i>	327
BLOOD GLUCOSE MONITORING	608, 727	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	687, 729	<i>bupropion hcl</i>	357, 358
BLOOD GLUCOSE TEST	643, 727	BREATHERITE VALVED MDI SPACER	687, 729	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	327
<i>blood-glucose meter</i>	608, 727	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW	608, 729	<i>buspirone</i>	377
BLULINK BG SYSTEM REFILL	608, 728	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML	609, 729	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	132
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	608, 728	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH	609, 729	<i>butalbital-acetaminophen</i>	130
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	608, 728	BRENZAVVY	423	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	130
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	643, 728	BREO ELLIPTA	101	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	127
<i>blunt needle, disposable</i>	566, 728	BREXAFEMME	13, 14	<i>butorphanol</i>	131
BONEUP	250	Breyna	101	BUTRANS	131
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE)	250	BREZTRI AEROSPHERE	88	BUTTERFLY TOUCH LANCET	609, 729
BONJESTA	60	Briellyn	159	<i>butylated hydroxytoluene</i>	695
BONSITY	413	BRILINTA	225	BYDUREON BCISE	426
BOOST GLUCOSE CONTROL	282	<i>brimonidine</i>	521, 898	BYLVAY	103
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	288	<i>brimonidine-dorzolamide</i>	880	BYSTOLIC	197
BOOSTRIX TDAP	309	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i>	880	<i>cabergoline</i>	446
BORON COMPLEX	276	<i>brimonidine-dorzol-</i> <i>bimatoprost</i>	878	CABLIV	218
<i>bosentan</i>	204	<i>brimonidine-timolol</i>	894	CABOMETYX	152
BOSULIF	144	BRINSUPRI	79	CABTREO	544
<i>boswellia serrata extract</i>	851	<i>brinzolamide</i>	896	<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor</i>	250
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL	851	BRIVIACT	388	<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor</i>	250
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T	557, 728	Bromfed Dm	86	CADEAU DHA	239
BP 10-1	540	<i>bromfenac</i>	883	CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT	637
BP MANAGER	851	<i>bromocriptine</i>	400	CADUET	204
BPCO	465	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i>	86	<i>caffeine</i>	389
BPO	548	BROMSITE	883	<i>caffeine citrate</i>	389
BRAFTOVI	146	BRONCHIAL SOOTHE	851	<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc</i>	250
BREATHERITE MDI SPACER	687, 728	BRONCHITOL	80	<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan</i>	250
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO	687, 728	BROVANA	95	<i>calcipotriene</i>	477, 478
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT	687, 728	BRUKINSA	138, 144	<i>calcipotriene-betamethasone</i>	529
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD	687, 728	BRYHALI	477, 499	<i>calcitonin (salmon)</i>	434
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT	687, 729	BUCAPSOL	377	<i>calcitriol</i>	237, 478, 874
		<i>budesonide</i>	62, 86	<i>calcium acetate</i>	249
		<i>budesonide-formoterol</i>	101	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	861, 869
		BUFFERED C POWDER....	263	<i>calcium carb, citrate, malate</i>	249
		BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	609, 729	<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox</i>	250
		<i>bumetanide</i>	181	<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf</i>	250
		BUPHENYL	875, 876		
		<i>buprenorphine</i>	131		
		<i>buprenorphine hcl</i>	131, 327		

<i>calcium carbonate</i>	249	CARAFATE.....	79	CARESENS N TEST	
<i>calcium carbonate-vitamin</i>		CARBAGLU.....	875	STRIPS.....	644, 730
<i>d3</i>	274	<i>carbamazepine</i>	336, 337, 348	CARESENS N VOICE.	609, 730
<i>calcium citrate</i>	249	CARBATROL.....	337, 348	CARESTART COVID-19 AG	
<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	274	<i>carbidopa</i>	400	HOME TST.....	558, 731
<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>		<i>carbidopa-levodopa</i>	397	CARETOUCH CONTROL	
.....	250	<i>carbidopa-levodopa-</i>		SOLN L2-L3.....	609, 731
<i>calcium pantothenate</i>	262	<i>entacapone</i>	362	CARETOUCH GLUCOSE	
<i>calcium phos-d3-</i>		<i>carbinoxamine maleate</i>		MONITORING.....	609, 731
<i>magnesium-zinc</i>	250	.....	82, 88, 89	CARETOUCH INSULIN	
<i>calcium phosphate-vitamin</i>		Carbzah.....	83, 89	SYRINGE.....	584, 731
<i>d3</i>	274	CARDIZEM.....	193	CARETOUCH LANCING	
<i>calcium-d3-zinc-copper-</i>		CARDIZEM CD.....	193	DEVICE.....	609, 731
<i>mangan</i>	250	CARDIZEM LA.....	193	CARETOUCH LUER LOCK	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i>	250	CARDURA.....	212	SYRINGE.....	567, 731
CALMAID.....	851	CARDURA XL.....	212	CARETOUCH LUER LOCK	
CALQUENCE		CAREFINE PEN NEEDLE		SYR-NEEDLE.....	567, 731
(ACALABRUTINIB MAL)		.....	584, 729	CARETOUCH LUER SLIP	
.....	138, 144	CAREONE LANCING		SYRINGE.....	567, 731, 732
CALTRATE 600 PLUS D.....	274	DEVICE.....	609, 729	CARETOUCH PEN	
CALTRATE GUMMY BITES	275	CAREONE ULTRA THIN		NEEDLE.....	584, 732
CALTRATE-D3 PLUS		LANCET.....	609, 729	CARETOUCH SAFETY	
MINERALS.....	250, 251	CAREPOINT LUER LOCK		LANCETS.....	609, 732
Camila.....	157	SYRINGE.....	566, 729	CARETOUCH TEST STRIP	
CAMRESE.....	170	CAREPOINT LUER LOCK		.....	644, 732
CAMRESE LO.....	170	SYR-NEEDLE.....	566, 729	CARETOUCH TWIST	
CAMZYOS.....	197	CAREPOINT LUER SLIP		LANCET.....	609, 732
CANASA.....	35	SYRINGE.....	566, 730	<i>carglumic acid</i>	875
<i>candesartan</i>	183	CAREPOINT LUER SLIP		<i>carisoprodol</i>	707
<i>candesartan-</i>		SYRING-NDL.....	566, 730	<i>carisoprodol-aspirin</i>	706
<i>hydrochlorothiazid</i>	196	CAREPOINT PRECISION		<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	
CANDICIDAL.....	852	LUER LOCK.....	566, 730	.....	706, 707
<i>cantharidin in acetone</i>	472	CAREPOINT PRECISION		CARNITEX.....	266
CANTHARIS		NEEDLE.....	566, 730	CARNITOR.....	877
COMPOSITUM.....	324	CAREPOINT PRECISION		CARNITOR (SUGAR-FREE)	
<i>capecitabine</i>	140	SAFETY.....	567, 730	.....	877
CAPEX.....	499	CAREPOINT SAFETY LL		CAROSPIR.....	199, 211
CAPHOSOL.....	321	SYR-NEEDLE.....	567, 730	CARRASYN HYDROGEL	
CAPLYTA.....	366	CARESENS CONTROL A		WOUND DRESS.....	468, 732
CAPRELSA.....	144	AND B.....	609, 730	<i>carteolol</i>	884
CAPSFENAC PAK.....	534	CARESENS LANCETS		Cartia Xt.....	193
CAPSINAC.....	534	.....	609, 730	<i>carvedilol</i>	195
CAPSUBLEND-H.....	696	CARESENS N.....	609, 730	<i>carvedilol phosphate</i>	196
CAPSULE #3		CARESENS N FELIZ BT		<i>cascara sagrada</i>	78
(HYPROMELLOSE).....	696	GLUC METER.....	609, 730	CASODEX.....	154
<i>captopril</i>	212	CARESENS N FELIZ		CATAPRES-TTS-1.....	180
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		GLUCOSE METER.....	609, 730	CATAPRES-TTS-2.....	180
.....	209	CARESENS N PLUS BT		CATAPRES-TTS-3.....	180
CAPVAXIVE.....	307	.....	609, 730	CAYA CONTOURED...556, 732	
CARAC.....	525			CAYSTON.....	94

Caziant (28).....	167	CENTRUM WOMEN		CHEST RUB (WITH PINE	
<i>cefaclor</i>	22	IMMUNE MINIS.....	290	OIL).....	531
<i>cefadroxil</i>	22	CENTURY.....	277	CHILD PROBIOTIC	
CEFALY.....	553, 732	CENTURY ADULT		DIGEST-IMMUNE.....	64
<i>cefdinir</i>	22	FORMULA.....	290	CHILDREN'S ASPIRIN 118, 226	
<i>cefixime</i>	22	CENTURY MATURE.....	290	CHILDRENS CHEWABLE	
<i>cefpodoxime</i>	23	<i>cephalexin</i>	22	PROBIOTIC.....	64
<i>cefprozil</i>	22	CEQUA.....	891	CHILDREN'S DAILY	
<i>cefuroxime axetil</i>	22	CEQUR SIMPLICITY...633, 732		PROBIOTIC.....	64
CELACYN.....	516, 693	CEQUR SIMPLICITY		CHILDRENS FIBER	
CELEBREX.....	118	INSERTER.....	609, 732	GUMMY BEAR.....	52
<i>celecoxib</i>	118	CERACADE.....	516	CHILDREN'S MELATONIN. 396	
CELEXA.....	392	CERAMAX.....	516	CHILDREN'S	
CELLCEPT.....	124, 330	<i>ceramides 1,3,6-ii</i>	526	MULTIVITAMIN.....	253, 303
CELLPAD.....	693, 732	CERASPORT ENDURANCE		CHILDREN'S	
<i>cellulose (bulk)</i>	696	.....	272	MULTIVITAMIN GUMMY....	303
CELONTIN.....	358	CERASPORT EX1.....	272	CHILDREN'S PROBIOTIC....	64
CEM-UREA.....	472	CERASPORT PLUS.....	272	CHILDREN'S SLEEP	
CENTANY.....	484	CERAVE.....	527	(MELATONIN).....	396
CENTANY AT.....	484	CERAVE AM.....	520	CHLOHUX.....	492
CENTRUM.....	277, 290	CERAVE DAILY		CHLOOXIA.....	492
CENTRUM ADULT 50 PLUS		MOISTURIZING.....	527	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	368, 391
.....	288	CERAVE FOAMING FACIAL		<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	
CENTRUM ADULTS.....	289	.....	527	.....	41, 43, 368
CENTRUM CHEWABLES...289		CERAVE PM.....	527	<i>chlorhexidine gluconate</i>	321
CENTRUM KIDS		CERAVE SA.....	527	<i>chloroquine phosphate</i>	16
MULTIGUMMY.....	303	CERAVE SA (WITH		<i>chlorpromazine</i>	365
CENTRUM MENOPAUSE		NIACINAMIDE).....	527	<i>chlorthalidone</i>	200
MULTIVITAMIN.....	289	CERDELGA.....	876	<i>chlorzoxazone</i>	707
CENTRUM MINIS ADULTS		CERTAVITE SENIOR.....	290	CHOICE DM CLARUS	
50 PLUS.....	289	CERTAVITE-ANTIOXIDANT		NORM CONTROL.....	610, 733
CENTRUM MINIS MEN 50		.....	277	CHOICEDM CLARUS	
PLUS.....	289	CERVIDIL.....	434	.....	610, 644, 733
CENTRUM MINIS WOMEN		CETACAIN.....	537	CHOLBAM.....	42
50 PLUS.....	289	CETAPHIL GENTLE SKIN		CHOLECAL DF.....	268
CENTRUM MULTI MENTAL		CLEANSER.....	527	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i> ..	237
FOCUS.....	289	<i>cetirizine</i>	83, 98	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .182	
CENTRUM MULTI PLUS		CETRAXAL.....	698	Cholestyramine Light.....	182
BEAUTY.....	289	<i>cetrorelix</i>	450	<i>choline bitartrate</i>	178
CENTRUM MULTI PLUS		CETROTIDE.....	450	<i>choline,magnesium</i>	
OMEGA-3.....	289	<i>cevimeline</i>	320	<i>salicylate</i>	127
CENTRUM		<i>chamomile flower</i>	852	<i>chorionic gonadotropin,</i>	
MULTIGUMMIES MEN.....	289	Charlotte 24 Fe.....	159	<i>human</i>	442
CENTRUM		<i>chaste tree fruit</i>	852	CHOSEN LANCET.....	610, 733
MULTIGUMMIES WOMEN. 289		Chateal Eq (28).....	159	CHOSEN LANCING	
CENTRUM POSTNATAL....	290	CHEMET.....	173	DEVICE.....	610, 733
CENTRUM PRENATAL.....	290	CHEMSTRIP BG LOG		CHOSEN SAFETY LANCET	
CENTRUM SILVER.....	290	BOOK.....	609, 732	.....	610, 733
CENTRUM WOMEN.....	277	CHENODAL.....	38, 102	<i>chromium nicotinate</i>	276
				<i>chromium picolinate</i>	276

CIALIS.....	412, 872	CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE PRO	
CIBINQO.....	470	MOIST PADS.....	526	.....	610, 645, 734, 735
CICASIL.....	693, 733	CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE TALK	
CICATRACE PAD.....	694, 733	WIPES EXT STR.....	526	GLUCOSE SYS.....	610, 735
Ciclodan.....	536	CLEANSING WASH....	521, 540	CLEVER CHOICE TALK	
CICLODAN KIT.....	536	CLEAR FIBER.....	52	TEST.....	645, 735
<i>ciclopirox</i>	536	<i>clemastine</i>	83, 89	CLEVER CHOICE TEST	
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-</i>		Clemasz.....	83, 89	STRIPS.....	646, 735
<i>euc</i>	536	Clemsza.....	83, 89	CLEVER CHOICE VOICE	
<i>cilostazol</i>	226	CLENPIQ.....	56	PLUS TEST.....	646, 736
CILOXAN.....	879	CLEOCIN.....	701	CLEVER CHOICE	
CIMDUO.....	18	CLEOCIN HCL.....	29	WHISPER AIRE PED..	687, 736
<i>cimetidine</i>	46	Cleocin Pediatric.....	29	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>cimetidine hcl</i>	46	CLEOCIN T.....	532	.....	584, 736
CIMZIA.....	59, 104, 134	CLEVER CHEK BLOOD		CLIMARA.....	436
CIMZIA POWDER FOR		GLUCOSE.....	610, 733	CLIMARA PRO.....	429
RECONST.....	58, 104, 134	CLEVER CHEK BLOOD		Clindacin.....	532
CIMZIA STARTER KIT		GLUCOSE SYST.....	610, 733	Clindacin Etz.....	532
.....	59, 104, 134	CLEVER CHEK LANCETS		CLINDACIN ETZ.....	539
<i>cinacalcet</i>	431	.....	610, 733	Clindacin P.....	532
<i>cinnamon bark</i>	852	CLEVER CHOICE BLOOD		CLINDACIN PAC.....	539
<i>cinnamon bark extract</i>	852	GLUC SYS.....	610, 733	CLINDAGEL.....	533
CINRYZE.....	218	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin hcl</i>	29
CIPRO.....	6	CHAMBER-LRG MASK		<i>clindamycin palmitate hcl</i>	29
CIPRO HC.....	699	.....	687, 733	Clindamycin Pediatric.....	29
<i>ciprofloxacin</i>	6	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin phosphate</i>	533, 701
<i>ciprofloxacin hcl</i>	6, 698, 879	CHAMBER-MED MASK		<i>clindamycin-benzoyl</i>	
<i>ciprofloxacin-</i>		.....	687, 733	<i>peroxide</i>	540, 541
<i>dexamethasone</i>	699	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin-tretinoin</i>	544
<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>	699	CHAMBER-SM MASK.	687, 733	CLINDESSE.....	701
<i>citalopram</i>	392	CLEVER CHOICE		CLINITEST COVID-19	
CITRANATAL (DUAL-IRON)		GLUCOSE MONITOR.	610, 734	HOME TEST.....	558, 736
.....	239	CLEVER CHOICE LEVEL 1		CLINPRO 5000.....	322
CITRANATAL 90 DHA		CONTROL.....	610, 734	<i>clobazam</i>	368, 371
(ALGAL OIL).....	239	CLEVER CHOICE LEVEL 2		<i>clobetasol</i>	478, 499, 500, 888
CITRANATAL ASSURE.....	239	CONTROL.....	610, 734	<i>clobetasol-emollient</i>	500
CITRANATAL BLOOM.....	260	CLEVER CHOICE LEVEL 3		CLOBEX.....	500
CITRANATAL DHA (ALGAL		CONTROL.....	610, 734	CLOBEZIN.....	487
OIL).....	240	CLEVER CHOICE MICRO		<i>clocortolone pivalate</i>	500
CITRANATAL HARMONY		.....	610, 734	Clodan.....	500
(IRON FUM).....	240	CLEVER CHOICE MICRO		CLODAN KIT.....	464
CITRANATAL MEDLEY.....	290	TEST STRIP.....	645, 734	Clomid.....	447
CITRATABS.....	863	CLEVER CHOICE NEB KIT-		<i>clomiphene citrate</i>	447
CITRULLINE 1000.....	238	ADULT.....	687, 734	<i>clomipramine</i>	374
CLAIRVEE.....	64	CLEVER CHOICE NEB KIT-		<i>clonazepam</i>	368, 371, 391
Claravis.....	551	CHILD.....	687, 734	<i>clonidine</i>	180
CLARINEX.....	84, 98	CLEVER CHOICE		<i>clonidine hcl</i>	180, 376
CLARINEX-D 12 HOUR.....	82	NEBULIZER.....	687, 734	<i>clopidogrel</i>	225
<i>clarithromycin</i>	12	CLEVER CHOICE PEAK			
		FLOW METER.....	638, 734		

<i>clorazepate dipotassium</i>	COMFORT TOUCH ULT	CONTOUR NEXT GEN
.....368, 391	THIN LANCETS.....611, 737	METER.....611, 738
<i>clotrimazole</i> 319, 529	COMFORTSEAL LARGE	CONTOUR NEXT
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 487	MASK..... 687, 737	GLUCOSE METER..... 611, 738
<i>clozapine</i> 363	COMFORTSEAL MEDIUM	CONTOUR NEXT LEV 1
CLOZARIL.....363	MASK..... 688, 737	CONTROL SOL.....611, 738
C-NATE DHA.....240	COMFORTSEAL SMALL	CONTOUR NEXT LEV 2
COAGADEX..... 233	MASK..... 688, 737	CONTROL SOL.....611, 738
COAGUCHEK LANCETS	COMIRNATY 2025-2026(5-	CONTOUR NEXT LINK
.....610, 736	11Y)(PF).....314	611, 738
COAGUCHEK XS.....685, 736	COMIRNATY 2025-26 (12Y	CONTOUR NEXT LINK 2.4
<i>coal tar</i> 519	UP)(PF)..... 314	611, 738
COARTEM.....26	COMPACT SPACE	CONTOUR NEXT METER
COBALEFOL.....257	CHAMBER.....688, 737	611, 738
COBENFY.....331	COMPACT SPACE	CONTOUR NEXT ONE
COBENFY STARTER PACK	CHAMBER-LRG MASK	METER.....611, 738
.....331	688, 737	CONTOUR NEXT TEST
<i>cocaine</i> 80	COMPACT SPACE	STRIPS.....646, 739
COCOA BUTTER	CHAMBER-MED MASK	CONTOUR PLUS BLUE
FORMULA - VIT E.....516	688, 737	METER.....611, 739
<i>codeine sulfate</i> 105	COMPACT SPACE	CONTOUR PLUS TEST
<i>codeine-butalbital-asa-caff.</i> 132	CHAMBER-SM MASK.688, 737	STRIP.....646, 739
<i>codeine-guaifenesin</i> 91	COMP-AIR NEBULIZER	CONTOUR TEST STRIPS
CODITUSSIN AC..... 91	COMPRESSOR.....688, 738	646, 739
CODITUSSIN DAC.....91	Compazine..... 39, 343	COPAXONE..... 456
COLAZAL..... 35	COMPLERA..... 29	COPIKTRA..... 143, 150
<i>colchicine</i> 856	COMPLETE BALANCE	<i>copper gluconate</i> 276
COLCRYS.....857	MENOPAUSE RLF.....394	COQMAX OMEGA..... 201
<i>colesevelam</i> 182	COMPLETE LIVER	CORDRAN..... 500, 501
COLESTID.....182	CLEANSE.....235	CORDRAN TAPE LARGE
<i>colestipol</i> 182	COMPLETE MV ADULT 50	ROLL..... 500
COLLATYL.....468	PLUS..... 290	CORDX COVID-19 AG
COLOR LANCETS..... 610, 736	COMPLETE NATAL DHA....240	HOME TEST.....558, 739
COMBIGAN.....894	COMPLETENATE..... 240	CORDX TYFAST FLU-
COMBIPATCH.....429	Compro.....39	COVID-19 TEST.....558, 739
COMBIVENT RESPIMAT....100	CONCEPTION.....682, 738	COREG..... 196
COMBOGESIC.....116	CONCERTA..... 378	COREG CR..... 196
COMETRIQ..... 152	CONDYLOX..... 472	CORIFACT..... 233
COMFORT EZ INSULIN	CONJUPRI..... 194	CORLANOR.....207
SYRINGE..... 585, 736	CONSENSI.....192	CORTANE-B..... 698
COMFORT EZ LANCETS	Constulose.....78	CORTEF.....439
.....610, 736	CONTOUR CONTROL	CORTENEMA.....62
COMFORT EZ PEN	SOLUTION, HIGH..... 611, 738	CORTIFOAM..... 62
NEEDLES.....585, 737	CONTOUR CONTROL	CORTISOLV.....852
COMFORT EZ PRO	SOLUTION, LOW..... 611, 738	<i>cortisone</i> 439
SAFETY PEN NDL..... 585, 737	CONTOUR CONTROL	CORTISPORIN-TC.....699
COMFORT TOUCH PEN	SOLUTION, NML.....611, 738	CORTROPHIN GEL..... 415
NEEDLE..... 585, 737	CONTOUR METER.....611, 738	COSENTYX.....465
COMFORT TOUCH PLUS	CONTOUR NEXT EZ	COSENTYX (2 SYRINGES)464
SAFETY LANC..... 610, 737	METER.....611, 738	COSENTYX PEN..... 465

COSENTYX PEN (2 PENS) 464	CULTURELLE BABY	CURITY IODOFORM
COSENTYX UNOREADY	HEALTH DEVELOP 65	PACKING STRIP 634, 740
PEN..... 465	CULTURELLE BLOATING	CUROSURF..... 98
COSOPT 894	GAS 65	CUTAQUIG 310
COSOPT (PF) 894	CULTURELLE DIGESTIVE	CUTEMOL EMOLLIENT 516
COTELLIC 146	HEALTH 65	CUTTER ALL FAMILY 520
COTEMPLA XR-ODT 379	CULTURELLE IMMUNE	CUTTER BACKWOODS
COVARYX..... 430	DEFENSE 65	DRY 520
COVARYX H.S..... 430	CULTURELLE KIDS 4 IN 1	CUTTER SKINSATIONS 520
COVID-19 AT-HOME TEST	IMMUNE 65	CUVITRU 310
..... 558, 739	CULTURELLE KIDS	CUVPOSA..... 324
<i>covid19 test adm.by</i>	GROW-THRIVE 65	CUVRIOR..... 173
<i>pharmacist</i> 559, 739	CULTURELLE KIDS	<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>
COXANTO 120	GUMMY 65	<i>12)</i> 256
COZAAR..... 183	CULTURELLE KIDS	<i>cyanocobalamin-</i>
CRALONIN..... 324	IMMUNE DEFENSE 65	<i>cobamamide</i> 256
<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>	CULTURELLE KIDS	<i>cyanocobalamin-</i>
..... 852	PROBIO-FIBER..... 66	<i>methylcobalamin</i> 256, 301
<i>cranberry extract</i> 852	CULTURELLE KIDS	CYCLINEX-2..... 272
<i>cranberry fruit</i> 852	PROBIOT-FIBER..... 66	<i>cyclobenzaprine</i> 707
<i>cranberry fruit concentrate</i> ... 852	CULTURELLE KIDS	Cyclogyl..... 886
CRANBERRY URINARY	PROBIOTIC-MV 303	CYCLOMYDRIL..... 881
TRACT HEALTH..... 852	CULTURELLE KIDS	CYCLOPAK..... 706
CRANBERRY-	PROBIOTICS..... 66	<i>cyclopentolate</i> 886
PROBIOTC(BLEND)-VITC.... 64	CULTURELLE KIDS PRO-	<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>
CRENESSITY 412	MV-LUTEIN..... 303	<i>watr</i> 881
CREON..... 61	CULTURELLE MEN'S	<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>
CRESEMBA..... 14	DAILY HEALTH..... 66	<i>wat</i> 881
CRESTOR..... 185	CULTURELLE	<i>cyclophosphamide</i> 124, 139
CREXONT 397, 398	METABOLISM-WT MGMT 66	<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>
CRINONE..... 453, 702	CULTURELLE PROBIOTIC-	<i>wat</i> 881
<i>cromolyn</i> 97, 141, 895	MULTIVIT 290	<i>cycloserine</i> 23
Crotan..... 461	CULTURELLE PROBIOTIC-	CYCLOSET 424
CRYODOSE TA MEDIUM	PREBIOTIC..... 66	<i>cyclosporine</i> 124, 328, 891
STREAM SPR..... 492	CULTURELLE	CYCLOSPORINE IN
CRYODOSE TA MIST	SLIMBIOTICS..... 66	KLARITY..... 891
SPRAY..... 492	CULTURELLE WOMEN'S 4-	<i>cyclosporine modified</i> .. 124, 328
CRYOSERV..... 697	IN-1 66	CYCLOTENS REFILL..... 707
Cryselle (28)..... 159	CULTURELLE WOMEN'S	CYCLOTENS STARTER..... 708
CTEXLI..... 38, 102	WELLNESS..... 66	CYMBALTA..... 332, 372
CULTURELLE..... 66	CUPRIMINE..... 129, 172	<i>cypheptadine</i> 83, 89
CULTURELLE ABDOMINAL	CURAFIL GEL WOUND	Cyred..... 159
SUPP-CMFT..... 64	 468, 739	Cyred Eq..... 159
CULTURELLE ADVANCED	CURCUPLEX-95..... 852	CYSTADANE..... 877
REGULARITY..... 65	CURITY AMD..... 695, 739	CYSTADROPS..... 899
CULTURELLE BABY	CURITY AMD (WITH	CYSTAGON..... 862
COLIC-SOOTHING 65	POLYHEXAMETH)..... 469, 739	CYSTARAN..... 899
CULTURELLE BABY	CURITY DRAINAGE BAG	CYTOMEL..... 444
DIGESTIVE CALM..... 65	 554, 739	CYTOTEC..... 44
		D3-2000..... 237

<i>dabigatran etexilate</i>	225	DAZAVEIDAOXIA.....	522	DERMACINRX FOLTAMIN..	269
DAFILOR.....	536	DAZINIA.....	483	DERMACINRX FOLTREXYL	
DAILY FIBER.....	52	DAZOMON.....	522	.....	269
DAILY FIBER (PSYLLIUM- ASPART).....	52	DDAVP.....	427	DERMACINRX LACTEROL..	67
DAILY FIBER (PSYLLIUM- SUCROSE).....	52	DEBACTEROL.....	320	DERMACINRX LEXITRAL..	534
DAILY GUMMIES.....	291	Deblitane.....	157	Dermacinrx Lidocan.....	481
DAILY MULTIVITAMIN- MINERALS.....	277	DECARA K.....	301	DERMACINRX LIDOGEL....	481
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS).....	67	<i>deferasirox</i>	173	DERMACINRX LIDOREX....	481
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS).....	67	<i>deferiprone</i>	173	DERMACINRX MULTITAM..	291
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII).....	67	<i>deferoxamine</i>	173	DERMACINRX	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID).....	277	<i>deflazacort</i>	439	MULTIVITAMIN.....	277
DAIRY RELIEF.....	46	DELESTROGEN.....	436	DERMACINRX PHN PAK....	526
<i>dalfampridine</i>	454	DELIBON.....	487	DERMACINRX PRENATRIX	
DALIRESP.....	88	DELSTRIGO.....	29	.....	240
<i>danazol</i>	453	DELUO.....	466, 700	DERMACINRX	
<i>dandelion root</i>	852	<i>demeclocycline</i>	7	PRENATRYL.....	240
DANTRIUM.....	707	DEMEROL.....	106	DERMACINRX PRETRATE	240
<i>dantrolene</i>	707	DEMEROL (PF).....	106	DERMACINRX PROBINATE..	67
DANZITEN.....	144	DEMSE.....	179	DERMACINRX PROBISOL...	67
<i>dapsone</i>	15, 533	DENTA 5000 PLUS.....	322	DERMACINRX PROBITRAN	67
DARAPRIM.....	16	DENTA 5000 PLUS		DERMACINRX PROBITROL..	67
<i>darifenacin</i>	865	SENSITIVE.....	322	DERMACINRX PROMEROL..	67
DARTISLA.....	40	DENTAGEL.....	322	DERMACINRX RIBOTIN-E..	291
<i>darunavir</i>	28	DENVITA.....	486	DERMACINRX SURGICAL	
<i>dasatinib</i>	144	DEOXIA.....	533, 539	PHARMAPAK.....	465
Dasetta 1/35 (28).....	159	DEOXIADEMTAR.....	544	DERMACINRX	
Dasetta 7/7/7 (28).....	167	DEOXIATAR.....	544	THERAZOLE PAK.....	487
DAURISMO.....	150	DEOXIAVAR.....	544	DERMACINRX VENEXA....	291
DAVIMET WITH FLUORIDE		DEPAKOTE.....	337, 358	DERMACINRX VENEXA FE	
.....	254	DEPAKOTE ER... 337, 358, 408		.....	291
DAVIMET WITH IRON.....	291	DEPAKOTE SPRINKLES		DERMACINRX VENTRIXYL	291
DAVIMET-M.....	277	.....	337, 358	DERMACINRX VENTRIXYL	
DAVOL IRRIGATION		DEPEN TITRATABS... 129, 173		FE.....	291
SYRINGE.....	567, 740	DEPLIN FC.....	257	DERMACINRX VITRAMYN..	292
DAVOL PISTON		DEPO-ESTRADIOL.....	436	DERMACINRX VITRANOL..	292
IRRIGATION.....	567, 740	DEPO-PROVERA.....	171	DERMACINRX VITRANOL	
DAWNZERA.....	176	DEPO-SUBQ PROVERA		FE.....	292
DAYAVITE.....	291	104.....	171	DERMACINRX VITREXATE	292
DAYBUE.....	857	Depo-Testosterone.....	422	DERMACINRX VITREXATE	
DAYPRO.....	120	DERMACINRX		FE.....	292
Daysee.....	170	CLORHEXACIN.....	465	DERMACINRX ZINTREXYL-	
DAYTRANA.....	379	DERMACINRX DAVIMET... 277		C.....	292
DAYVIGO.....	367	DERMACINRX DEXATRAN	291	DERMACINRX ZRM PAK... 526	
		DERMACINRX DOTREMIN	268	DERMALID.....	481
		DERMACINRX FOLDITAM..	268	DERMA-SMOOTH/FS	
		DERMACINRX FOLIFLEX..	291	BODY OIL.....	501
		DERMACINRX FOLITIN-Z..	291	DERMA-SMOOTH/FS	
		DERMACINRX		SCALP OIL.....	501
		FOLIXAPURE.....	269	DERMASO PLUS.....	516
		DERMACINRX FOLIXATE..	269		

DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK.....	465	DEXILANT.....	47	<i>diclofenac potassium</i>	119, 123, 362
DERMAZENE.....	487	<i>dexlansoprazole</i>	47	<i>diclofenac sodium</i>	119, 476, 484, 883
DERMELLE.....	519	<i>dexmethylphenidate</i>	379	<i>diclofenac submicronized</i>	120
DERMOTIC OIL.....	698	DEXONTO.....	440	<i>diclofenac-misoprostol</i>	117
DERM-SILK.....	694, 740	DEXTENZA.....	888	DICLOFEX DC.....	534
DERMULCERA.....	466	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	340, 341, 359, 360, 379, 380	DICLOFONO.....	476
DERPIXA.....	519	<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	341, 380, 387, 388	DICLOGEN.....	534
DESCOVY.....	19	DHEA.....	847	DICLOPR.....	534
DESFERAL.....	173	DHIVY.....	398	DICLOSAICIN.....	534
<i>desflurane</i>	135	DIABETIC MULTIVITAMIN..	292	DICLOTAL.....	534
<i>desipramine</i>	374	DIACOMIT.....	355	DICLOTREX.....	534
<i>desloratadine</i>	84, 98	DIADIMAXIA.....	539	DICLOVIX.....	486
<i>desmopressin</i>	428	DIAOXIA.....	539	<i>dicloxacillin</i>	30
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	170	DIAPERS, UNISEX SIZE 1.....	557, 741	<i>dicyclomine</i>	40
<i>desonide</i>	501, 502	DIAPERS, UNISEX SIZE 2.....	557, 741	DIFFERIN.....	549
DESOWEN.....	502	DIAPERS, UNISEX SIZE 3.....	557, 741	DIFICID.....	12
<i>desoximetasone</i>	502	DIAPERS, UNISEX SIZE 4.....	557, 741	<i>diflorasone</i>	503
DESOXYN.....	359, 379	DIAPERS, UNISEX SIZE 5.....	558, 741	DIFLUCAN.....	14
<i>desvenlafaxine</i>	372	DIAPERS, UNISEX SIZE 6.....	558, 741	<i>diflunisal</i>	118
<i>desvenlafaxine succinate</i>	372	DIASAXIATAR.....	544	<i>difluprednate</i>	888
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER.....	560, 740	DIASDIMAXIA.....	539	DIFMETIOXRIME.....	486
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR.....	688, 740	DIASOXIA.....	540	DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS.....	67
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR.....	688, 740	DIATROL.....	292	DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII).....	67
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR.....	688, 740	DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL.....	612, 741	DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE.....	67
Dexabliss.....	439	DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH.....	612, 741	DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW.....	67
<i>dexamethasone</i>	439	DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW.....	612, 741	DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO.....	68
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	439	DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET.....	612, 741	DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP.....	68
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	888	DIATRUE PLUS TEST STRIP.....	647, 741	DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC.....	68
<i>dexchlorpheniramine maleate</i>	80, 83	<i>diazepam</i>	368, 371, 391	DIGESTIVE PROBIOTIC.....	68
DEXCOM G6 RECEIVER.....	611, 740	Diazepam Intensol.....	368, 391	DIGESTIVE SUPPORT.....	852
DEXCOM G6 SENSOR.....	611, 740	<i>diazoxide</i>	414	Digitek.....	177
DEXCOM G6 TRANSMITTER.....	612, 740	DIBENZYLINE.....	213	<i>digoxin</i>	177
DEXCOM G7 RECEIVER.....	612, 740	<i>dichlorphenamide</i>	181, 705	<i>dihydroergotamine</i>	407
DEXCOM G7 SENSOR.....	612, 740	DICLEGIS.....	60	Dilantin.....	354
DEXEDRINE SPANSULE.....	340, 359, 379	<i>diclofenac epolamine</i>	476	Dilantin Extended.....	354
DEXERYL.....	516			Dilantin Infatabs.....	354
				DILANTIN-125.....	354
				DILAUDID.....	106
				DILAUDID (PF).....	106
				<i>diltiazem hcl</i>	193, 194
				DILT-XR.....	194

DILUTING MEDIUM FOR	DOVATO..... 18	<i>drospirenone-e.estradiol-</i>
NOVOLOG..... 269	DOVER BULB SYRINGE	<i>lm.fa</i> 160
DIMENTHO..... 535	 567, 741	<i>drospirenone-ethinyl</i>
<i>dimethyl fumarate</i> 457	DOVER COATED LATEX	<i>estradiol</i> 160
DIMOXIA..... 466	FOLEY..... 580, 742	DROXIA..... 233
DIOCHLOY..... 492	DOVER LATEX FOLEY	<i>droxidopa</i> 213
DIONARIS..... 487	CATHETER..... 580, 742	DRY SKIN THERAPY(WITH
DIOOXIA..... 478	DOVER RED RUBBER	LANOLIN)..... 516
DIOVAN..... 183	ROBINSON CATH..... 580, 742	DRY SKIN THERAPY(W-
DIOVAN HCT..... 196	DOVER UNIVERSAL.. 580, 742	PETROLATUM)..... 516
DIOVASC..... 268	<i>doxazosin</i> 213	DRYSOL..... 486
DIPENTUM..... 35	<i>doxepin</i> 374, 401, 462	DRYSOL DAB-O-MATIC.... 486
Diphen..... 83, 89	<i>doxercalciferol</i> 875	DSUVIA..... 106
<i>diphenoxylate-atropine</i> 44	<i>doxycycline hyclate</i> 8, 9, 323	DUAKLIR PRESSAIR..... 100
DIPROLENE	<i>doxycycline monohydrate</i>	DUAVEE..... 452
(AUGMENTED)..... 503	 9, 10, 527	DUETACT..... 426
<i>dipyridamole</i> 227	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>	DULERA..... 101, 102
DISALCID..... 118	<i>b6)</i> 60	<i>duloxetine</i> 332, 372
DISKETS..... 106	D-PENAMINE..... 129, 173	DULOXICAIN..... 332, 333, 372
<i>disopyramide phosphate</i> 200	DRAMAMINE GINGER..... 852	DUOBRII..... 463
<i>disulfiram</i> 327	DRAMAMINE NON-	DUODOTE..... 175
DITHOL..... 535	DROWSY..... 852	DUOPA..... 398
DIURIL..... 200	DRAXACE..... 541	DUPIXENT PEN..... 99, 460
<i>divalproex</i> 337, 358, 408	DRAXACEY..... 541	DUPIXENT SYRINGE... 99, 460
DIVENDO..... 487	DRITHOCREME HP..... 478	DUREX AVANTI BARE
DIVIGEL..... 436	DRIXECE..... 541	REAL FEEL..... 555, 743
DIVINIX..... 492, 493	DRIZALMA SPRINKLE 332, 372	DUREX EXTRA SENSITIVE
DM2..... 421	<i>dronabinol</i> 40, 343, 873	CONDOM..... 555, 743
DMT SUIK..... 440	DROPLET GENTEEL	DUREX TROPICAL
Dodex..... 256	LANCING DEVICE..... 612, 742	CONDOM..... 555, 743
<i>dofetilide</i> 183	DROPLET INSULIN	DUREZOL..... 888
DOJOLVI..... 282	SYR(HALF UNIT) 585, 586, 742	DURLAZA..... 119, 226
Dolishale..... 160	DROPLET INSULIN	DUROLANE..... 709
DOLOBID..... 118	SYRINGE..... 586, 742	<i>dutasteride</i> 861
DOLOTRANZ..... 537	DROPLET LANCETS.. 612, 742	<i>dutasteride-tamsulosin</i> 860
DOMELA..... 493	DROPLET LANCING	DUVYZAT..... 704
<i>donepezil</i> 858	DEVICE..... 612, 743	DYANAVEL XR..... 381, 388
DONNATAL..... 43	DROPLET MICRON PEN	DYCLOPRO..... 523
DOPTelet (10 TAB PACK)218	NEEDLE..... 586, 743	DYMISTA..... 81
DOPTelet (15 TAB PACK)218	DROPLET PEN NEEDLE	DYNAFOAM AG..... 469
DOPTelet (30 TAB PACK)218	 586, 743	DYNAGINATE AG..... 469
DORAL..... 368, 390	DROPSAFE ACTI-LANCE	DYNOMA..... 493
DORYX..... 8	 612, 743	DYRENIUM..... 192
DORYX MPC..... 7	DROPSAFE INSULIN	E.E.S. 400..... 12
<i>dorzolamide</i> 896	SYRINGE..... 586, 587, 743	EAA UCD..... 272
<i>dorzolamide (pf)</i> 896	DROPSAFE PEN NEEDLE	EAR POPPER INFLATION
<i>dorzolamide-timolol</i> 894	 587, 743	DEVICE..... 637, 743
<i>dorzolamide-timolol (pf)</i> 894	DROPSAFE SICURA	EASIVENT HOLDING
DOSOKAP..... 301	SAFETY NEEDLE..... 567, 743	CHAMBER..... 688, 744
Dotti..... 436		

EASIVENT MASK LARGE 688, 744	EASY TALK GLUCOSE TEST..... 648, 747	EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE..... 569, 750
EASIVENT MASK MEDIUM 688, 744	EASY TALK HIGH CONTROL.....613, 747	EASY TOUCH PEN NEEDLE.....588, 751
EASIVENT MASK SMALL 688, 744	EASY TALK LOW CONTROL.....613, 747	EASY TOUCH SAFETY LANCETS.....613, 751
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE..... 587, 744	EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL.....613, 747	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....589, 751
EASY COMFORT LANCETS.....612, 744	EASY TALK PLUS II LOW CONTROL.....613, 747	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 589, 751
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....587, 744	EASY TALK PLUS II TEST STRIP.....648, 747	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL 569, 570, 751
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....587, 744	EASY TOUCH 570, 588, 750, 751, 752	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 570, 751
EASY FIBER..... 52	EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3.....613, 747	EASY TOUCH TEST STRIP 649, 752
EASY FIBER (WHEAT DEXTRIN).....52	EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST..... 613, 747	EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK 570, 752
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING..... 568, 744	EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP.....648, 748	EASY TOUCH TWIST LANCETS.....614, 752
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE..... 587, 744, 745	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN..... 588, 748	EASY TOUCH UNI-SLIP 570, 589, 752
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE..... 568, 745	EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE.....568, 748	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER..... 614, 752
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING..... 568, 745	EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.... 568, 569, 748, 749	EASY TRAK GLUCOSE TEST..... 649, 753
EASY GLIDE PEN NEEDLE 588, 745	EASY TOUCH FLURINGE 569, 749	EASY TRAK HIGH CONTROL.....614, 753
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE..... 612, 745	EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK..... 569, 749	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR..... 614, 753
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER..... 688, 745	EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK..... 569, 749	EASY TRAK II CTRL SOLN- NORMAL..... 614, 753
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET..... 612, 745	EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR.....613, 749	EASY TRAK II TEST STRIP 649, 753
EASY PLUS II HIGH CONTROL.....612, 745	EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL.....613, 749	EASY TRAK LOW CONTROL.....614, 753
EASY PLUS II LOW CONTROL.....612, 745	EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 569, 749	EASY TWIST AND CAP LANCETS.....614, 753
EASY PLUS II TEST... 647, 746	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR..... 588, 749	EASY-C IMMUNE HEALTH 264
EASY STEP.....647, 746	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 588, 749, 750	EASYGLUCO METER.614, 753
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER..... 612, 746	EASY TOUCH LANCETS 613, 750	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN..... 613, 746	EASY TOUCH LANCING DEVICE..... 613, 750	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION613, 746	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN..... 588, 750	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN..... 613, 746		
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER..... 613, 746		

EASYGLUCO MONITORING SYSTEM 614, 753	EFFEXOR XR.....372	Eluryng..... 156
EASYGLUCO TEST 650, 754	EFFIENT 225	ELYXYB.....362
EASYMAX..... 650, 754	EFUDEX..... 525	ELYZIA..... 513
EASYMAX 15 LEVEL 2 614, 754	EGRIFTA SV 452	ELYZIA (WITH HYALURONATE)..... 513
EASYMAX 15 TEST STRIPS.....650, 754	EGRIFTA WR..... 452	EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM 615, 651, 756
EASYMAX NG..... 614, 754	EKTERLY..... 211	EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT 615, 756
EASYMAX NORMAL CONTROL..... 614, 754	ELDERTONIC..... 280	EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR.....615, 757
EASYMAX T1..... 614, 754	ELECARE JR..... 282	EMBRACE EVO LEVEL 1 615, 757
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS.....614, 755	<i>electrolytes-dextrose</i> 272	EMBRACE EVO TEST STRIPS.....652, 757
EASYPPOINT NEEDLE.570, 755	ELEMAR.....537	EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH..... 615, 757
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER..... 614, 755	ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER.... 614, 755	EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW.....615, 757
EBASE CONTROLLER 689, 755	ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL..... 615, 755	EMBRACE LANCETS. 615, 757
EBGLYSS PEN..... 471	ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL...615, 755	EMBRACE LANCING DEVICE..... 615, 757
EBGLYSS SYRINGE.....471	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS.....651, 755	EMBRACE PEN NEEDLE 589, 757
ECEOXIA.....533	ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR..... 615, 755	EMBRACE PRO.....615, 757
<i>echinacea</i> 852, 853	ELEMENT HIGH CONTROL 615, 756	EMBRACE PRO GLUCOSE METER..... 615, 757
<i>echinacea purp aerial part ext</i> 853	ELEMENT LOW CONTROL 615, 756	EMBRACE PRO TEST STRIPS.....652, 758
ECLIPSE NEEDLE..... 570, 755	ELEMENT NORMAL CONTROL..... 615, 756	EMBRACE SAFETY LANCET 616, 758
ECLIPSE SYRINGE.... 571, 755	ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT 615, 756	EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS.....616, 758
EC-NAPROSYN..... 120	ELEMENT TEST STRIPS 651, 756	EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2). 616, 758
EC-NAPROXEN..... 120	ELEPSIA XR.....388, 389	EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1).. 616, 758
<i>econazole nitrate</i> 529	ELESTRIN.....437	EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR. 616, 758
ECONTRA EZ..... 155, 156	<i>eletriptan</i> 404	EMBRACE TALK TEST STRIPS.....652, 758
ECONTRA ONE-STEP 155, 156	ELIDEL..... 513	EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP 653, 759
ECOTRIN..... 119, 226	ELIGARD..... 153	EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR..... 616, 759
ECOZA..... 529	ELIMITE.....461	EMEND.....39
EDARBI..... 184	Elinest.....160	EMERGEN-C.....266
EDARBYCLOR.....196	ELIQUIS..... 227	
EDECRIN..... 181	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 227	
EDLUAR..... 361	ELITE-OB..... 292	
ED-SPAZ..... 45, 865	Elixophyllin.....100	
EDURANT 3	ELLA..... 155, 156	
EDURANT PED 3	ELLUME COVID-19 HOME TEST..... 559, 756	
EEMT.....430	ELLZIA PAK..... 495	
EEMT HS.....430	ELMIRON..... 861	
<i>efavirenz</i> 3	ELOCTATE.....229	
<i>efavirenz-emtricitabin- tenofov</i> 29	<i>eltrombopag olamine</i> 218	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 29		
EFFER-K..... 275		

EMERGEN-C APPLE	Enpresse.....	167	EQUETRO.....	337, 348
CIDER VINEGAR.....	ENSACOVE.....	142	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	
EMERGEN-C	Enskyce.....	160	.....	237, 238
ASHWAGANDHA.....	ENSPRYNG.....	329	<i>ergoloid</i>	860
EMERGEN-C	ENSTILAR.....	529	ERGOMAR.....	407
ELDERBERRY.....	ENSURE CLEAR		<i>ergotamine-caffeine</i>	411
EMERGEN-C ENERGY	THERAPEUTIC.....	283	ERIVEDGE.....	150
PLUS.....	ENSURE RAPID		ERLEADA.....	154
EMERGEN-C IMMUNE	HYDRATION.....	272	<i>erlotinib</i>	151
PLUS.....	ENSURE SURGERY.....	283	ERMEZA.....	444
EMERGEN-C KIDZ DAILY	ENSURE SURGERY		Errin.....	157
IMMUNE.....	PERIOP BUNDLE.....	283	ERTACZO.....	529
EMERGEN-C KIDZ	<i>entacapone</i>	366	Ery Pads.....	533
IMMUNE PLUS.....	ENTADFI.....	867	ERYGEL.....	533
EMERGEN-C TURMERIC	<i>entecavir</i>	32	ERYPED 400.....	13
GINGER.....	<i>enteral connector, enfit</i> 582, 759		Ery-Tab.....	13
EMFLAZA.....	ENTERAL GRAVITY BAG		ERYTHROCIN (AS	
EMGALITY PEN.....	SET-ENFIT.....	582, 759	STEARATE).....	13
EMGALITY SYRINGE. 343, 408	ENTRESTO.....	214	<i>erythromycin</i>	13, 879
EMPAVELI.....	ENTRESTO SPRINKLE.....	214	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	13
EMROSI.....	ENTTY.....	516	<i>erythromycin with ethanol</i>	533
EMSAM.....	ENTYVIO PEN.....	36	<i>erythromycin-benzoyl</i>	
<i>emtricitabine</i>	Enulose.....	34	<i>peroxide</i>	541
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	ENVARUSUS XR.....	329	ESBRIET.....	85
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenof df</i>	ENVIVE.....	68	<i>escitalopram oxalate</i>	392
EMTRIVA.....	ENZNONUTY.....	537	Esgic.....	130
EMULSION SB.....	EOHILIA.....	440	<i>eslicarbazepine</i>	348
EMVERM.....	EPANED.....	212	<i>esomeprazole magnesium</i>	
Emzahn.....	EPCLUSA.....	16	.....	47, 48
<i>enalapril maleate</i>	EPICERAM.....	516	ESPEROCT.....	229
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	EPICYN.....	467	Estarylla.....	160
.....	EPIDIOLEX.....	355	<i>estazolam</i>	368, 390
ENBRACE HR.....	EPIDUO.....	546	Estrace.....	702
ENBREL.....	EPIDUO FORTE.....	546	<i>estradiol</i>	437, 438, 702
ENBREL MINI.....	EPIFIX AMNIOTIC		<i>estradiol valerate</i>	438
ENBREL SURECLICK. 104, 134	MEMBRANE.....	463	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	429
ENDARI.....	EPIFOAM.....	524	ESTRATEST F.S.....	430
ENDO AVITENE.....	<i>epinastine</i>	887	ESTRING.....	702
Endocet.....	<i>epinephrine</i>	99, 213	ESTROGEL.....	438
ENDOMETRIN.....	EPIPEN.....	213	<i>estrogens-</i>	
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-	EPIPEN 2-PAK.....	213	<i>methyltestosterone</i>	430
CONTAINR.....	EPIPEN JR.....	213	ESTROVEN CMPLT	
ENFIT MEDICAL STRAW	EPIPEN JR 2-PAK.....	213	MENOPAUSE RLF.....	853
.....	Epitol.....	337, 348	ESTROVEN SLIMBIOTICS..	68
ENFIT MEDICINE BOTTLE	EPIVIR.....	20	<i>eszopiclone</i>	361
ADAPTER.....	<i>eplerenone</i>	199, 211	<i>ethacrynic acid</i>	181
ENGERIX-B (PF).....	EPOGEN.....	220	<i>ethambutol</i>	23
Enilloring.....	EPRONTIA.....	350	<i>ethosuximide</i>	358
<i>enoxaparin</i>	<i>eprosartan</i>	184	ETHOXIA.....	549
ENOXILUV.....	EPSOLAY.....	522	<i>ethyl acetate</i>	695

<i>ethyl alcohol</i>	179	EVOLUTION TEST STRIPS		FANAPT TITRATION PACK	
<i>ethyl chloride</i>	472	.....	655, 761	B.....	375
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	160	EVOTAZ.....	24, 28	FANAPT TITRATION PACK	
<i>etodolac</i>	123	EVOXAC.....	320	C.....	375
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		EVRYSDI.....	710	FANTASY CONDOM...555, 763	
.....	156	EXCEL SYRINGE.....	571, 761	FARESTON.....	154
<i>etoposide</i>	141	EXEL HYPODERMIC		FARXIGA.....	424
<i>etravirine</i>	3	NEEDLES.....	571, 761	FASENRA PEN.....	99
<i>eua patient assessment</i>		EXEL INSULIN.....	589, 762	FASTEP COVID-19 AG	
.....	553, 759	EXEL SYRINGE.....	571, 762	HOME TEST.....	559, 763
EUCERIN ADVANCED		EXELDERM.....	529	FC2 FEMALE CONDOM	
REPAIR.....	516	EXELON PATCH.....	858	.....	556, 763
EUCERIN INTENSIVE		<i>exemestane</i>	154	<i>febuxostat</i>	857
REPAIR.....	516	<i>exenatide</i>	426	FEIBA NF.....	224
EUCRISA.....	460	EXFORGE.....	206	Feirza.....	160
EUFLEXXA.....	709	EXFORGE HCT.....	193	<i>felbamate</i>	344
EURAX.....	461	EXJADE.....	173	FELBATOL.....	344
EUTHYROX.....	445	EXODERM.....	486	FELDENE.....	121
EVAMIST.....	438	EXTENDED RESERVOIR		<i>felodipine</i>	194
Evekeo.....	341, 360, 381	.....	589, 762	FEM DOPHILUS.....	68
EVENCARE.....	616, 760, 761	EYE.....	324	FEM PH.....	704
EVENCARE G2...616, 653, 759		EYE HEALTH AREDS-2.....	848	FEMALE CATHETER..580, 763	
EVENCARE G3 CONTROL		EYE HEALTH PLUS		FEMARA.....	154
.....	616, 760	LUTEIN.....	292, 849	FEMCAP.....	557, 763
EVENCARE G3 GLUCOSE		EYE MULTIVITAMIN...292, 849		FEMLYV.....	160
METER.....	616, 760	EYELID WIPES (WITH		FEMRING.....	702
EVENCARE G3 TEST.653, 760		CHAMOMILE).....	526	<i>fenofibrate</i>	191
EVENCARE MINI		EYSUVIS.....	888	<i>fenofibrate micronized</i>	191
GLUCOSE TEST STR.654, 760		E-Z JECT LANCETS...617, 762		<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..191	
EVENCARE MINI		E-Z JECT THIN LANCETS		<i>fenofibric acid</i>	191
MONITOR SYSTEM....616, 760		.....	617, 762	<i>fenofibric acid (choline)</i>	191
EVENCARE PROVIEW		EZ SMART CONTROL 617, 762		FENOGLIDE.....	191
TEST STRIP.....	654, 760	EZ SMART LANCETS.617, 762		<i>fenoprofen</i>	120
EVENCARE TEST.....	654, 761	EZ SMART PLUS SYSTEM		FENOPRON.....	120
<i>evening primrose oil</i>	853	.....	617, 762	FENOVAR.....	535
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..147		EZ SMART PLUS TEST		FENOVIA.....	486
<i>everolimus</i>		.....	655, 763	<i>fentanyl</i>	106
(<i>immunosuppressive</i>).....	330	EZ SMART SYSTEM...617, 763		<i>fentanyl citrate</i>	106
EVERSENSE 365 SENSOR		EZ SMART TEST.....	655, 763	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	106, 136
.....	616, 761	EZALLOR SPRINKLE.....	185	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i>	
EVERSENSE 365		<i>ezetimibe</i>	184	.....	106
TRANSMITTER.....	616, 761	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	205	<i>fenugreek seed</i>	853
EVICEL.....	223	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	205	FERGON.....	258
EVISTA.....	434	FABHALTA.....	215, 231	FERIVA 21-7.....	260
EVOCLIN.....	533	Falmina (28).....	160	FERIVA FA (WITH	
EVOLUTION BLOOD		<i>famciclovir</i>	14	SUMALATE).....	260
GLUCOSE METER.....	616, 761	<i>famotidine</i>	46	FERRETTS IPS.....	258
EVOLUTION NORMAL		FANAPT.....	375	<i>ferric citrate</i>	258, 869, 871
CONTROL.....	617, 761	FANAPT TITRATION PACK		<i>ferric glycinate</i>	258
		A.....	375	FERRIPROX.....	173

FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	173	FIRVANQ.....	26	FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU.....	559, 764
<i>ferrous fumarate</i>	258	FISH OIL.....	201	FLUAD 2025-2026 (65 YR UP)(PF).....	316
<i>ferrous gluconate</i>	258	Flac Otic Oil.....	698	FLUARIX 2025-2026 (PF)...	316
<i>ferrous sulfate</i>	258, 259	FLAREX.....	888	FLUBLOK 2025-2026 (PF)..	316
FERVINA.....	486	FLASHARREST.....	853	FLUCELVAX 2025-2026.....	316
<i>fesoterodine</i>	866	<i>flavoxate</i>	866	FLUCELVAX 2025-2026 (PF).....	316
FETZIMA.....	372	<i>flaxseed oil</i>	853	<i>fluconazole</i>	14, 15
FE-VITE.....	259	<i>flecainide</i>	205	<i>flucytosine</i>	14
Fexmid.....	708	FLECTOR.....	476	<i>fludrocortisone</i>	431
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....	418	FLEQSUVY.....	708	FLULAVAL 2025-2026 (PF)	317
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....	419	FLEXICHAMBER.....	689, 763	FLUMIST 2025-2026... 305, 317	
FIASP PUMPCART.....	419	FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK.....	689, 763	FLUMIST HOME 2025-2026.....	305, 317
FIASP U-100 INSULIN.....	419	FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK.....	689, 763	<i>flunisolide</i>	92
FIBER (DEXTRIN).....	52	FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK.....	689, 764	<i>fluocinolone</i>	503
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR).....	52	FLEXI-SEAL SIGNAL FMS.....	554, 764	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ...	699
FIBER (WITH ASPARTAME).....	52	FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF).....	303	<i>fluocinolone and shower cap</i>	503
FIBER GUMMIES.....	53	FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT.....	303	<i>fluocinonide</i>	503, 504
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX).....	53	FLINTSTONES WITH EXTRA IRON.....	304	Fluocinonide-E.....	504
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEX TRIN).....	53	FLOLIPID.....	185	<i>fluocinonide-emollient</i>	504
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO).....	53	FLOMAX.....	862	FLUOPAR.....	495
FIBERWELL.....	53	FLORAFOL FE PEDIATRIC.....	254	<i>fluorescein-benoxinate</i>	884, 894
FIBRICOR.....	191	FLORAFOL PEDIATRIC.....	254	<i>fluorescein-proparacaine</i>	884
<i>fidaxomicin</i>	13	FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI.....	254	<i>fluoride (sodium)</i>	322
FIDILA.....	486	FLORAJEN WOMEN.....	68	FLUORIDEX DAILY DEFENSE.....	322
FILOMA.....	536	FLORAMAX.....	68	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF.....	322
FILSPARI.....	176	FLORASAVE.....	68	FLUORIMAX 5000.....	322
FILSUVEZ.....	466	FLORASTART.....	68	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE.....	322
FINACEA.....	522, 533	FLORASTOR ADVANCED....	68	<i>fluorometholone</i>	888
<i>finasteride</i>	861	FLORASTOR DIGEST-METABOLIC.....	69	<i>fluorouracil</i>	525
FINAZOL.....	292	FLORASTOR WOMAN'S PROBIOTIC.....	69	FLUOVIX.....	504
FINGERSTIX LANCETS.....	617, 763	FLORASTORBABY.....	69	FLUOVIX PLUS.....	504
<i>fingolimod</i>	456	FLORASTORKIDS.....	69	<i>fluoxetine</i>	392
FINTEPLA.....	355	FLORASTORSELECT GUT BOOST.....	69	FLUOXIA.....	493
Finzala.....	160	FLORASTORSELECT IMMUNITY BOOST.....	69	<i>fluphenazine hcl</i>	344
Fioricet.....	130	FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE.....	69	<i>flurandrenolide</i>	504
FIORICET WITH CODEINE.....	132	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	559, 764	<i>flurazepam</i>	368, 390
FIRAZYR.....	180			<i>flurbiprofen</i>	120
FIRDAPSE.....	705			<i>flurbiprofen sodium</i>	883
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....	148			<i>fluticasone propionate</i>	87, 92, 504
				<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	102

<i>fluvastatin</i>	186, 187	FORA LANCING DEVICE	617, 766	FORTIFY OPTIMA WOMEN	
<i>fluvoxamine</i>	392	FORA LOW CONTROL	617, 766	PROBIOTIC.....	70
FLUZONE 2025-2026.....	317	FORA NORMAL CONTROL	617, 766	FORTIFY PROBIOTIC.....	70
FLUZONE 2025-2026 (PF).....	317	FORA PREMIUM V10	617, 766	FORTIFY PROBIOTIC 50	
FLUZONE HIGH-DOSE		GLUCOSE METER.....	617, 766	PLUS.....	70
2025-26 (PF).....	317	FORA TEST N'GO VOICE	617, 766	FORTIFY WOMEN	
FML FORTE.....	889	METER.....	617, 766	PROBIO(L.SALIV.).....	70
FML LIQUIFILM.....	889	FORA TEST STRIP.....	658, 766	FORTIFY WOMEN	
FOCALIN.....	381	FORA TN'G ADV MOBILE	636, 766	PROBIOTIC.....	70
FOCALIN XR.....	381	MULTI MTR.....	636, 766	FOSAMAX.....	433
FOLAGENT DHA.....	293	FORA TN'G ADVAN PRO	658, 767	FOSAMAX PLUS D.....	447
FOLAMAX.....	293	TEST STRIP.....	658, 767	<i>fosamprenavir</i>	28
FOLAMED DHA.....	293	FORA TN'G ADVANCE	636, 767	<i>fosfomycin tromethamine</i>	
FOLAPRIME.....	293	PRO MONITOR.....	636, 767	.....	30, 864
FOLCYTEINE.....	300	FORA TN'G VOICE METER	617, 767	<i>fosinopril</i>	212
FOLET ONE.....	240, 277	FORA TN'G VOICE TEST	658, 767	<i>fosinopril-</i>	
FOLETRA.....	257	STRIPS.....	658, 767	<i>hydrochlorothiazide</i>	209
<i>folic acid</i>	257	FORA V10.....	659, 767	FOSRENOL.....	869
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12</i>	301	FORA V10-V12-D10-D20	659, 768	FOTIVDA.....	144
FOLIC D3.....	269	STRIPS.....	659, 768	FRAGMIN.....	222, 223
FOLICORE B COMPLEX.....	301	FORA V12 BLOOD	618, 768	FRAICHE 5000.....	322
FOLIKA-BC.....	236	GLUCOSE SYSTEM... ..	618, 768	FRAICHE 5000 PREVI.....	322
FOLIVANE-OB.....	293	FORACARE GD20.....	659, 768	FRAICHE 5000 SENSITIVE	322
FOLLISTIM AQ.....	443	FORACARE GD20	618, 768	FREESTYLE CONTROL	
FOLVITA COMPLEX.....	302	GLUCOSE METER.....	618, 768	.....	618, 769
<i>fondaparinux</i>	227	FORACARE GD40 TEST	660, 768	FREESTYLE FLASH	
FORA 6 CONNECT		STRIPS.....	660, 768	SYSTEM.....	618, 769
GLUCOSE STRIP.....	656, 764	FORACARE GD40B	618, 768	FREESTYLE FREEDOM	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G		GLUCOSE METER.....	618, 768	.....	618, 769
ADV STRIP.....	656, 764	FORACARE GDH HIGH	618, 769	FREESTYLE FREEDOM	
FORA D40D GLUCOSE-BP		CONTROL.....	618, 769	LITE.....	618, 769
MONITOR.....	617, 636, 764	FORACARE GDH LOW	618, 769	FREESTYLE INSULINX	
FORA D40G GLUCOSE-BP		CONTROL.....	618, 769	.....	618, 660, 769
MONITOR.....	617, 636, 764	FORACARE GDH NORMAL	618, 769	FREESTYLE INSULINX	
FORA D40-G31 TEST		CONTROL.....	618, 769	TEST STRIPS.....	660, 769
STRIPS.....	656, 765	FORACARE LANCETS	618, 769	FREESTYLE LANCETS	
FORA G20.....	617, 657, 765	.....	618, 769	.....	618, 769
FORA G30A.....	617, 765	FORANE.....	135	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA GD50 BLOOD		<i>formoterol fumarate</i>	95	READER.....	618, 769
GLUCOSE SYSTEM... ..	617, 765	FORTEO.....	414	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA GD50 TEST STRIPS		FORTIFY OPT ADV (L.		SENSOR.....	618, 769
.....	657, 765	SALIVARUS).....	69	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS	
FORA GTEL GLUCOSE		FORTIFY OPTIMA		SENSOR.....	618, 770
TEST STRIP.....	657, 766	PROBIOTIC.....	69	FREESTYLE LIBRE 2	
FORA GTEL MULTI-		FORTIFY OPTIMA WOMEN		READER.....	619, 770
FUNCTN MONITOR....	636, 766	ADVANCED.....	70	FREESTYLE LIBRE 2	
FORA HIGH CONTROL				SENSOR.....	619, 770
.....	617, 766			FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	
				SENSOR.....	619, 770

FREESTYLE LIBRE 3		GARDASIL 9 (PF).....	318	GEMTESA.....	872
READER.....	619, 770	<i>garlic</i>	853	GENABIO COVID-19 RAPID	
FREESTYLE LIBRE 3		<i>garlic extract</i>	853	AT-HOME.....	559, 772
SENSOR.....	619, 770	GARLICIN CARDIO.....	853	GENADEK.....	304
FREESTYLE LITE METER		GARLIX.....	853	GENADEK STEP 1.....	293
.....	619, 770	GAS RELIEF-PREVENTION.....	41	GENADEK STEP 2.....	293
FREESTYLE LITE STRIPS		GASTRACID.....	61	GENADUR.....	538
.....	660, 770	GASTROCROM.....	141	GENADUR (WITH	
FREESTYLE PRECISION		<i>gatifloxacin</i>	879	LEXINAL).....	538
.....	589, 771	GATTEX 30-VIAL.....	42	Generlac.....	34
FREESTYLE PRECISION		GATTEX ONE-VIAL.....	42	Gengraf.....	124, 329
NEO METER.....	619, 770	GAVILYTE-C.....	56	GENNAMD.....	853
FREESTYLE PRECISION		Gavilyte-G.....	56	GENOTROPIN.....	447
NEO STRIPS.....	661, 771	Gavilyte-N.....	56	GENOTROPIN MINIQUEL	447
FREESTYLE SIDEKICK II		GAVRETO.....	149	<i>gentamicin</i>	483, 878
.....	619, 771	GDRIVE.....	619, 771	GENTLE IRON.....	260
FREESTYLE SYSTEM KIT		GE100 BLOOD GLUCOSE		GENTLE SKIN CLEANSER	527
.....	619, 771	SYSTEM.....	619, 771	GENTLE SKIN	
FREESTYLE TEST.....	661, 771	GE100 BLOOD GLUCOSE		CLEANSER(WITH SLS).....	527
FREESTYLE UNISTIK 2		TEST STRIP.....	661, 772	GENVISC 850.....	709
.....	619, 771	GE100 CONTROL		GENVOYA.....	29
FRIVO.....	486	SOLUTION NORMAL.....	619, 772	GEODON.....	335, 364
FROTEK.....	476	GE333 BLOOD GLUCOSE		GERI-MUCIL	
FROVA.....	404	SYSTEM.....	619, 772	(ASPARTAME).....	53
<i>frovatriptan</i>	404	GE333 BLOOD GLUCOSE		GERI-MUCIL (SUGAR).....	53
FRUITIVITS.....	283	TEST STRIP.....	662, 772	GI PROTECT.....	271
FRUZAQLA.....	144	<i>gefitinib</i>	151	GILENYA.....	456
FULPHILA.....	219	<i>gelatin</i>	853	GILOTRIF.....	150
Fulvicin P/G.....	31	GELCLAIR.....	319	GIMOTI.....	38
FURADANTIN.....	25, 864	GELFILM.....	216, 891	<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ...	853
FUROSCIX.....	181	GEL-FLOW.....	216	<i>ginger root-ginger root ext</i> ...	853
<i>furosemide</i>	181	GEL-FLOW NT.....	216	<i>ginkgo biloba leaf extract</i>	853
FUZEON.....	19	GELFOAM.....	216	GINKGO BILOBA PLUS	
Fyavolv.....	429	GELFOAM COMPRESSED		(BACOPA).....	853
FYCOMPA.....	344	SIZE 100.....	216	GIRLS TRAINING PANTS	
FYLNETRA.....	219	GELFOAM JMI POWDER.....	216	4T-5T.....	558, 772
Fyremadel.....	450	GELFOAM JMI SPONGE.....	216	GLASSIA.....	97
G TUSSIN AC.....	91	GELFOAM SPONGE SIZE		<i>glatiramer</i>	457
<i>gabapentin</i>	333, 396, 397	100.....	216	Glatopa.....	457
GABARONE.....	397	GELFOAM SPONGE SIZE		GLEEEVEC.....	145
GALAFOLD.....	877	12-7MM.....	216	GLEOSTINE.....	153
<i>galantamine</i>	859	GELFOAM SPONGE SIZE		<i>glimepiride</i>	435
Galbriela.....	160	200.....	216	<i>glipizide</i>	435
Gallifrey.....	430	GELFOAM SPONGE SIZE		<i>glipizide-metformin</i>	435
GALZIN.....	175	50.....	216	GLOPERBA.....	857
<i>gamma-aminobutyric acid</i> ...	853	GELMIX.....	697	GLUCAGON (HCL)	
GAMMAGARD LIQUID.....	310	GEL-ONE.....	709	EMERGENCY KIT.....	414
GAMMAKED.....	310	GELSYN-3.....	709	Glucagon Emergency Kit	
GAMUNEX-C.....	310	<i>gemfibrozil</i>	191	(Human).....	414
<i>ganirelix</i>	450	Gemmily.....	160		

<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min</i>	845	GLUCOCOM LANCETS	620, 776	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	665, 776
GLUCERNA 1.5 CAL.....	283	GLUCOSA IMMUNE BOOSTER.....	853	GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL.....	621, 776
GLUCERNA HUNGER SMART	283	<i>glucosam su dip-chondroit-c-mn</i>	845	GOJJI LANCETS.....	621, 776
GLUCERNA SNACK BAR...283		<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes</i>	846	GOJJI LANCING DEVICE	621, 776
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR.....	619, 772	<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron</i>	846	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER.....	636, 776
GLUCO NAVII TEST STRIP	662, 773	<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit</i>	846	GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT	517
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL...620, 773		<i>glucosamine sulfate</i>	846	<i>goldenseal root</i>	853
GLUCOCARD 01 METER	620, 773	GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG).....	846	GOLYTELY	56
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL.....	620, 773	<i>glucosamine-chondroitin</i>	846	GOMEKLI	147
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS.....	662, 773	<i>glucosamine-d3-boswellia serr</i>	846	GONAL-F	443
GLUCOCARD EXPRESSION	620, 663, 773, 774	<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid</i>	846	GONAL-F RFF	443
GLUCOCARD SHINE ..620, 774		<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw</i>	846	GONAL-F RFF REDI-JECT.....	443
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER.....	620, 774	<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal</i>	846	GONITRO.....	210
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER.....	620, 774	<i>glucose</i>	414	GOPRELTO	80
GLUCOCARD SHINE METER.....	620, 774	GLUCOSE CONTROL	621, 776	GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST	559, 777
GLUCOCARD SHINE METER KIT	620, 774	GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN.....	621, 776	GRAFIX CORE.....	463
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS.....	663, 774	GLUCOTROL XL.....	435	GRAFIX PRIME.....	464
GLUCOCARD SHINE XL METER.....	620, 774	<i>glutamine</i>	37, 238	GRAFIX XC.....	464
GLUCOCARD VITAL...620, 774		<i>glutamine (sickle cell)</i>	233, 238, 282	GRALISE.....	333
GLUCOCARD VITAL SENSOR.....	663, 775	<i>glutaraldehyde</i>	700	<i>granisetron hcl</i>	50
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS.....	664, 775	GLUTAREX-2.....	270, 283	GRANIX.....	219
GLUCOCOM AUTOLINK	620, 775	<i>glutathione (bulk)</i>	697, 849	<i>grape seed extract</i>	854
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE.....	620, 775	<i>glyburide</i>	435	GRASTEK.....	308
GLUCOCOM CONTROL HIGH.....	620, 775	<i>glyburide micronized</i>	435	GREEN TEA-600	854
GLUCOCOM CONTROL NORMAL.....	620, 775	<i>glyburide-metformin</i>	435	<i>griseofulvin microsize</i>	31
GLUCOCOM GLUCOSE	664, 775	<i>glycerin</i>	496	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	31
		GLYCINE UROLOGIC.....	863	<i>guaiaicol</i>	698
		<i>glycine urologic solution</i>	863	GUAIFENESIN AC.....	91
		<i>glycopyrrolate</i>	41, 324	GUAIFENESIN DAC.....	91
		<i>glycopyrrolate (pf)</i>	41	<i>guanfacine</i>	180, 376
		Glydo.....	481	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....	621, 777
		GLYRX-PF	41	GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....	621, 777
		GLYTACTIN BETTERMILK 5-5.....	280	GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER.....	621, 777
		GLYXAMBI.....	432	GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER.....	621, 777
		GM100.....	621, 664, 776	GUARDIAN SENSOR 3	621, 777
		GOCOVRI.....	399	GUMMY DINOS.....	304
				GVOKE.....	415

GVOKE HYPOPEN 1-PACK	HEALTHWISE PEN	HIGH POTENCY
.....414	NEEDLE..... 590, 778	MULTIVITAMIN..... 278
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	HEALTHY EYES LUTEIN-	HISTEX-AC..... 90
.....414	ZEAXANTHIN..... 849	HIXDEFRIMA..... 536
GVOKE PFS 1-PACK	HEALTHY EYES	HIZENTRA..... 310
SYRINGE..... 414	SUPERVISION2..... 849	HOMATROPAIRE..... 886
GVOKE PFS 2-PACK	Heather..... 157	HOME NEBULIZER PLUS
SYRINGE..... 415	HEMADY..... 440	SIDESTREAM..... 689, 778
GYNAZOLE-1..... 703	HEMANGEOL..... 207	HOMINEX-2..... 282
HAEGARDA..... 218	HEMATEX..... 259	HORIZANT..... 411
Hailey..... 161	HEMATOGEN..... 260	HORMONE PROTECT..... 854
Hailey 24 Fe..... 160	HEMATOGEN FORTE..... 260	HORNY GOAT WEED
Hailey Fe 1.5/30 (28)..... 161	HEMATRON-AF..... 260	PLUS..... 854
Hailey Fe 1/20 (28)..... 161	HEMAX..... 260	HOVYN..... 514
HAIR, SKIN AND NAILS	HEMICLOR..... 200	HPR..... 517
(BIOTIN)..... 267	HEMLIBRA..... 215	HPR PLUS..... 517
HAIR, SKIN AND NAILS	HEMMOREX-HC..... 457	HPR PLUS HYDROGEL..... 494
(HERBS)..... 293	HEMOFIL M HIGH..... 229	HPR PLUS-MB HYDROGEL
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-	HEMOFIL M LOW..... 229	 494
BIOTIN)..... 293	HEMOFIL M MID..... 229	HUMALOG JUNIOR
<i>halcinonide</i> 505	HEMOFIL M SUPER HIGH..... 229	KWIKPEN U-100..... 419
HALCION..... 369, 390	HEP FLUSH-10 (PF)... 221, 224	HUMALOG KWIKPEN
<i>halobetasol propionate</i> 478, 505	<i>heparin (porcine)</i> 221	INSULIN..... 419
Haloette..... 156	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>	HUMALOG MIX 50-50
HALOG..... 506	<i>nacl</i> 221, 224	KWIKPEN..... 416
<i>haloperidol</i> 365	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> 221	HUMALOG MIX 75-25
<i>haloperidol lactate</i> 365	<i>heparin lock flush (porcine)</i>	KWIKPEN..... 416
HALUCORT..... 517	 222, 224	HUMALOG MIX 75-25(U-
HAPRODERM..... 517	HEPARIN	100)INSULN..... 416
HARLIKU..... 876	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF	HUMALOG TEMPO PEN(U-
HARMONY GLUCOSE	)..... 222, 224	100)INSULN..... 419
TEST STRIP..... 665, 777	<i>heparin, porcine (pf)</i> 222, 224	HUMALOG U-100 INSULIN 419
HARVONI..... 17	HEPLISAV-B (PF)..... 318	HUMATE-P..... 229
HAVRIX (PF)..... 315	HEPSERA..... 32	HUMATROPE..... 447
HAXCHLO..... 487	HEPZATO (50 MM	HUMIRA..... 59, 104, 134
HAXCHLODREX..... 487	CATHETER)..... 139	HUMIRA PEN..... 59, 104, 134
HAXDRAX..... 536	HEPZATO (62 MM	HUMIRA(CF)..... 59, 105, 135
HCU GEL POWDER..... 281	CATHETER)..... 139	HUMIRA(CF) PEN. 59, 105, 134
HCU MAXAMUM..... 281	HER STYLE..... 155, 156	HUMIRA(CF) PEN
HEALON GV PRO..... 885	HERBAL COLON	CROHNS-UC-HS.. 59, 105, 134
HEALON PRO..... 885	CLEANSER..... 850	HUMIRA(CF) PEN PSOR-
HEALON5 PRO..... 885	HERNEXEOS..... 148	UV-ADOL HS..... 59, 105, 134
HEALTHPRO GLUCOSE	HETLIOZ..... 393	HUMULIN 70/30 U-100
MONITOR..... 621, 777	HETLIOZ LQ..... 393	INSULIN..... 448
HEALTHPRO HIGH-LOW	HEXIOUNYL..... 486	HUMULIN 70/30 U-100
CONTROL..... 621, 777	HI-D ADEK GUMMIES	KWIKPEN..... 448
HEALTHPRO TEST STRIPS	PLUS ZINC..... 277	HUMULIN N NPH INSULIN
..... 665, 777	HI-D DROP..... 304	KWIKPEN..... 449
HEALTHWISE INSULIN	HIGH POTENCY MULTIVIT	HUMULIN N NPH U-100
SYRINGE..... 589, 590, 778	(W-IRON)..... 277	INSULIN..... 449

HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN.....	449	<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe</i>	483	ICLUSIG.....	152
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	449	<i>hydrocortisone-pramoxine</i>	458, 508, 524	<i>icosapent ethyl</i>	189
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	449	<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>	698, 699	ID NOW COVID-19 TEST KIT.....	559, 778
HURRI-FREEZE.....	492	Hydromet.....	90	IDARAN.....	522
HYALGAN.....	709	<i>hydromorphone</i>	107	IDEAL BOWEL SUPPORT....	70
HYCAMTIN.....	153	<i>hydromorphone (pf)</i>	107	IDELVION.....	232
HYCLODEX.....	467, 700	<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl</i>	107	IDHIFA.....	143
HYCODAN (WITH HOMATROPINE).....	90	<i>hydroquinone</i>	475	IDYYXIATAR.....	546
<i>hydralazine</i>	214	<i>hydroxocobalamin</i>	256	IGALMI.....	401
HYDRALYTE.....	272	<i>hydroxychloroquine</i> 16, 124, 125		IGG 2000 CWP.....	271
HYDRALYTE PLUS.....	272	<i>hydroxyethyl methacrylate, bulk</i>	698	IGG PURE.....	271
HYDRATING ELECTROLYTE.....	273	HYDROXYM.....	508	IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2.....	621, 778
HYDRATING ELECTROLYTE SF.....	273	<i>hydroxypropyl cellulose</i>	695	IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST.....	559, 778
HYDRATION MULTIPLIER SUGAR FREE.....	273	<i>hydroxyurea</i>	141	IHEALTH GLUCO PLUS METER.....	621, 778
HYDRATION MULTIPLIER IMMUNE.....	273	<i>hydroxyzine hcl</i>	376, 377	IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP.....	666, 778
HYDREA.....	141	<i>hydroxyzine pamoate</i>	377	IHEEZO (PF).....	895
HYDRO 35.....	472	HYFTOR.....	471	ILET INFUSION KIT-INSET 23".....	682, 779
HYDRO 40.....	472	HYGIENIC CLEANSING LOTION.....	517	ILET INFUSION KIT-INSET 32".....	682, 779
<i>hydrochlorothiazide</i>	200	HYLAZINC.....	257	ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23".....	683, 779
<i>hydrocodone bitartrate</i>	107	HYMOVIS.....	709	ILET INSULIN PUMP..	635, 779
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	113, 114, 131, 132	HYMPAVZI PEN.....	215	ILET STARTER KIT CONTACT.....	633, 779
<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i>	96	<i>hyoscyamine sulfate</i>	45, 865	ILET STARTER KIT-INSET.....	633, 779
<i>hydrocodone-homatropine</i>	90	HYOSYNE.....	45, 865, 866	ILEVRO.....	883
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> 114, 132		HYPER-SAL.....	696	ILEXOR.....	493
<i>hydrocortisone</i>	62, 440, 457, 507, 508	HYPOCYN ANTIPRURITIC.....	467, 700	ILIDERM.....	537
<i>hydrocortisone acetate</i> 457, 506		HYPOCYN DERMAL... 467, 700		<i>imatinib</i>	145
<i>hydrocortisone butyrate</i>	506, 507	HYPOLANCE AST LANCING.....	621, 778	IMBRUVICA.....	138, 145
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE.....	464	<i>hypromellose</i>	695	IMIOXIA.....	486
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	440	HYQVIA.....	311	<i>imipramine hcl</i>	374
<i>hydrocortisone valerate</i>	508	HYSINGLA ER.....	107	<i>imipramine pamoate</i>	374
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ... 699		HYZAAR.....	196	<i>imiquimod</i>	525
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe</i> 2.....	483	<i>ibandronate</i>	433	IMITREX.....	404
<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ... 487		IBRANCE.....	150	IMITREX STATDOSE PEN..	405
		IBSRELA.....	37	IMITREX STATDOSE REFILL.....	405
		IBTROZI.....	145	IMKELDI.....	145
		ibu.....	120	IMMUNERX.....	293
		IBUPAK.....	120	IMPACT ADVANCED RECOVERY.....	283
		<i>ibuprofen</i>	120	IMPAVIDO.....	30
		<i>ibuprofen-famotidine</i>	117		
		<i>icatibant</i>	181		
		lclevia.....	161		
		ICLOFENAC CP.....	535		

IMPOYZ.....	479, 508	INGREZZA SPRINKLE	.....	402, 408, 409	<i>insulin aspart u-100</i>	419, 420
IMURAN.....	124, 329	.....	.....	402, 408, 409	<i>insulin glargine-yfgn</i>	417
INBRIJA.....	398	INJECT EASE LANCETS	.....	622, 780	<i>insulin lispro</i>	420
Incassia.....	157	.....	.....	622, 780	<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	416
IN-CHECK NASAL WITH		INLYTA.....	.....	145	<i>insulin syrlndl u100 half</i>	
MASK.....	638, 779	INNOPRAN XL.....	.....	208	<i>mark</i>	590, 781
IN-CHECK ORAL FLOW		INNOSPIRE DELUXE.	.....	689, 780	INSULIN SYRINGE.....	591, 781
METER.....	638, 779	INNOSPIRE ELEGANCE	.....	689, 780	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	
INCONTROL LANCING		.....	.....	689, 780	.....	591, 782
DEVICE.....	621, 779	INNOSPIRE ESSENCE	.....	689, 780	<i>insulin u-500 syringe-needle</i>	
INCONTROL PEN NEEDLE		.....	.....	689, 780	.....	591, 782
.....	590, 779	INNOSPIRE GO			INSUPEN PEN NEEDLE	
INCONTROL SUPER THIN		NEBULIZER.....	.....	560, 780	.....	591, 782
LANCETS.....	621, 779	INNOSPIRE MINI.....	.....	689, 780	INSYTE IV CATHETER	
INCONTROL ULTRA THIN		INNOSPIRE			.....	561, 782
LANCETS.....	621, 779	REPLACEMENT FILTER	.....	689, 780	INTEGRA SYRINGE... 571, 782	
INCRELEX.....	439	.....	.....	689, 780	INTELENCE.....	3
INCRUSE ELLIPTA.....	85	<i>inositol</i>.....	.....	270	INTELISWAB COVID-19	
<i>indapamide</i>	200	<i>inositol-choline bitartrate</i>.....	.....	201	HOME TEST.....	559, 782
INDERAL LA.....	207	INPEFA.....	.....	412	INTENSE DRY SKIN	
INDERAL XL.....	208	INPEN (FOR HUMALOG)			THERAPY.....	517
INDICAID COVID-19 AG		BLUE.....	.....	590, 780	INTERLINK LEVER LOCK	
HOME TEST.....	559, 779	INPEN (FOR HUMALOG)			CANNULA.....	581, 782
<i>indomethacin</i>	123	GREY.....	.....	590, 780	INTERLINK SYRINGE AND	
INFANT-TODDLER		INPEN (FOR HUMALOG)			CANNULA.....	571, 782
MULTIVIT.....	253	PINK.....	.....	590, 780	Introvale.....	161
INFANT-TODDLER		INPEN (NOVOLOG OR			INTUNIV ER.....	376
MULTIVITAMIN.....	253	FIASP) BLUE.....	.....	590, 780	INVACARE LANCETS.	622, 782
INFANT-TODDLER		INPEN (NOVOLOG OR			INVEGA.....	375
MULTIVIT-IRON.....	304	FIASP) GREY.....	.....	590, 781	INVELTYS.....	889
INFASURF.....	98	INPEN (NOVOLOG OR			INVOKAMET.....	424
INFINITY CONTROL		FIASP) PINK.....	.....	590, 781	INVOKAMET XR.....	424
SOLUTION HIGH.....	621, 779	INQOVI.....	.....	149	INVOKANA.....	424
INFINITY CONTROL		INREBIC.....	.....	148	INZDEAXIATAR.....	544
SOLUTION LOW.....	622, 779	INSPIRACHAMBER....	.....	689, 781	INZDEAXIAVAR.....	544
INFINITY CONTROL		INSPIRACHAMBER WITH			INZDEOXIA.....	541
SOLUTION NORM.....	622, 779	MASK-LARGE.....	.....	689, 781	INZIRQO.....	200
INFINITY METER KIT.	622, 779	INSPIRACHAMBER WITH			IODOFLEX.....	701
INFINITY STARTER KIT		MASK-MED.....	.....	689, 781	IODOSORB.....	701
.....	622, 779	INSPIRACHAMBER WITH			IOPIDINE.....	898
INFINITY TEST STRIPS		MASK-SMALL.....	.....	689, 781	IPOL.....	312
.....	666, 780	INSPIRATION ELITE			I-PORT.....	581, 782
INFLAMMACIN.....	117	FILTER.....	.....	689, 781	I-PORT ADVANCE 6 MM	
INFLAMMA-K.....	535	INSPIRA.....	.....	199, 211	INJEC PORT.....	581, 782
INFLATHERM(DICLOFENA		INSTA-GLUCOSE (WITH			I-PORT ADVANCE 9 MM	
C-MENTHOL).....	117	DEXTRIN).....	.....	415	INJEC PORT.....	581, 782
INGREZZA.....	402, 408, 409	INSUFLON.....	.....	682, 781	<i>ipratropium bromide</i>	84, 91
INGREZZA INITIATION		INSUL-CAP.....	.....	622, 781	<i>ipratropium-albuterol</i>	101
PK(TARDIV).....	402, 408	INSUL-EZE.....	.....	622, 781	IQIRVO.....	102
		<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	.....	416	<i>irbesartan</i>	184

<i>irbesartan-</i>	JANUMET XR.....	452	KALETRA.....	24
<i>hydrochlorothiazide</i>	JANUVIA.....	451	Kalliga.....	162
IRESSA.....	JARDIANCE.....	424	KALYDECO.....	81
IRON (FERROUS	JARRO-DOPHILUS		KANGAROO 924 SAFETY	
SULFATE).....	ALLERGEN FREE.....	70	SCREW.....	582, 783
<i>iron bisglycinate chelate</i>	JARRO-DOPHILUS BABY....	70	KANGAROO EPUMP SET	
IRON FOLATE PLUS.....	JARRO-DOPHILUS EPS.....	71	.....	582, 783
<i>iron,carbonyl-vitamin c</i>	JARRO-DOPHILUS PLUS		KANGAROO GRAVITY SET	
IRRIGATION SYRINGE	FOS.....	71	.....	582, 783
.....	JARRO-DOPHILUS		KAPSPARGO SPRINKLE...	198
ISENTRESS.....	WOMEN.....	71	KARBINAL ER.....	83, 89
ISENTRESS HD.....	Jasmiel (28).....	161	Kariva (28).....	170
Isibloom.....	JATENZO.....	422	KATARAXAP.....	488
I-SIGHT.....	Javygtor.....	874	KATARVIA.....	488
<i>isoflurane</i>	JAYPIRCA.....	138, 145	KATARYA.....	489
ISOLEUCINE 1000.....	Jaythari.....	440	KATARYAXN.....	489
ISOLEUCINE AMINO ACID	JELMYTO.....	139	KATERZIA.....	194
SUPPLMNT.....	Jencycla.....	157	KAXM.....	475
<i>isoniazid</i>	JENTADUETO.....	452	KAZANO.....	453
<i>isopropyl alcohol</i>	JENTADUETO XR.....	452	KAZURI.....	471
ISORDIL.....	Jinteli.....	429	KEFUNOVA.....	524
ISORDIL TITRADOSE.....	JIVI.....	229	KEIDO.....	489
<i>isosorbide dinitrate</i>	JOENJA.....	875	Kelnor 1/35 (28).....	162
<i>isosorbide mononitrate</i>	JOINT COMFORT AND		Kelnor 1/50 (28).....	162
<i>isosorbide-hydralazine</i>	MOVEMENT.....	854	KELOTOP.....	694, 783
<i>isotretinoin</i>	JOINT HEALTH-BONE		KENALOG.....	440, 508
<i>isradipine</i>	STRENGTH.....	251	KENALOG-80.....	440
ISTALOL.....	JOLESSA.....	161	KENDALL DISINFECTANT	
ISTURISA.....	JORNAY PM.....	381	CAP.....	581, 783
IS-ZC 50.....	JOURNAVX.....	103	KENGUARD FOLEY	
ITHOXIA.....	Joyeaux.....	161	CATHETER.....	580, 783
ITOVEBI.....	JUBLIA.....	524	KEPPRA.....	389
<i>itraconazole</i>	Juleber.....	161	KEPPRA XR.....	389
<i>ivabradine</i>	JULUCA.....	18	KERAGEL.....	469, 783
I-VALEX-2.....	Junel 1.5/30 (21).....	161	KERAGELT.....	469, 783
IVENIX ADMIN SET 2INLET	Junel 1/20 (21).....	161	KERALYT.....	472
2YSITE.....	Junel Fe 1.5/30 (28).....	161	KERAMATRIX.....	551
IVENIX ADMIN SET 2INLET	Junel Fe 1/20 (28).....	161	KERASTAT.....	496
Y-SITE.....	Junel Fe 24.....	162	KERAXA.....	535
<i>ivermectin</i>	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-		KERENDIA.....	211
IWILFIN.....	PROBIOTIC.....	304	KERIDA.....	471
IXINITY.....	JUST RIGHT 5000.....	323	KERLIX AMD.....	469, 783
IYUZEH (PF).....	JUVAZIN.....	493	KESIMPTA PEN.....	454
JADENU.....	JUVEN (WITH COLLAGEN)	271	KETARYA.....	489
JADENU SPRINKLE.....	JUXTAPID.....	183	<i>ketoconazole</i>	31, 529, 530
Jaimiess.....	JYLAMVO.....	132, 139	Ketodan.....	530
JAKAFI.....	JYNARQUE.....	870	KETODAN KIT.....	530
JALYN.....	K1-1000.....	299	KETONE CARE.....	681, 783
Jantoven.....	K2-D3 MAX.....	301	KETONE URINE TEST	681, 783
JANUMET.....	Kaitlib Fe.....	162	KETONEX-2.....	281

<i>ketoprofen</i>	121	KLISYRI (350 MG).....	471	<i>lacosamide</i>	345
<i>ketorolac</i>	122, 883	KLONOPIN.....	369, 371, 391	<i>lactase</i>	46
KETOSTIX.....	681, 783	Klor-Con.....	275	<i>lactated ringers</i>	300
KEVARAXAP.....	489	Klor-Con 10.....	275	LACTEOL DIARRHEASE.....	71
KEVARTIA.....	489	KLOR-CON 8.....	275	LACTEOL DIARRHEASE	
KEVARYA.....	489	Klor-Con M10.....	275	KIDS.....	71
KEVEYIS.....	705	Klor-Con M15.....	275	<i>lactobacillus acidophilus</i>	71
KEVZARA.....	128	Klor-Con M20.....	275	<i>lactobacillus acidoph-I.bulgar</i>	71
KEXM.....	475	KLOR-CON/EF.....	276	LACTOVIVE.....	71
KEYA.....	489	KLOXXADO.....	175	<i>lactulose</i>	34, 78, 79
KEYFOLIC.....	293	KOATE.....	229	LAGEVRIO (EUA).....	31
KHINDIVI.....	440	KOGENATE FS.....	229	LAMICTAL.....	346
KIDS BONES-MUSCLES....	251	KONSYL SUGAR-FREE.....	53	LAMICTAL ODT.....	337, 346
KIDS BRAIN BUILDER.....	302	KONVOMEPI.....	60	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS MELATONIN.....	396	KOREAN GINSENG.....	854	(BLUE).....	337, 346
KIDS MULTI ZERO.....	304	KORLYM.....	453	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS SLEEP CALM.....	394	KOSELUGO.....	147	(GREEN).....	337, 346
KIDS SLEEP IMMUNE		KOSHER PRENATAL PLUS		LAMICTAL ODT STARTER	
HEALTH.....	394	IRON.....	240	(ORANGE).....	337, 346
KIMONO LUBRICATED		KOTARAXAP.....	489	LAMICTAL STARTER	
CONDOMS.....	555, 783	KOVALTRY.....	230	(BLUE) KIT.....	337, 346
KIMONO MICROTHIN		K-PHOS NO 2.....	864	LAMICTAL STARTER	
AQUA LUBE CON.....	555, 783	K-PHOS ORIGINAL.....	865	(GREEN) KIT.....	338, 346
KIMONO MICROTHIN		KPN.....	240	LAMICTAL STARTER	
CONDOMS.....	555, 784	KRAZATI.....	149	(ORANGE) KIT.....	338, 346
KIMONO MICROTHIN		<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		LAMICTAL XR.....	346
LARGE CONDOMS.....	555, 784	<i>ast</i>	201	LAMICTAL XR STARTER	
KIMONO TEXTURED		KRINTAFEL.....	16	(BLUE).....	346
CONDOMS.....	555, 784	Kristalose.....	78	LAMICTAL XR STARTER	
KIMONO THIN		Kurvelo (28).....	162	(GREEN).....	347
LUBRICATED CONDOMS		KUTAR.....	489	LAMICTAL XR STARTER	
.....	555, 784	KUTARVIA.....	489	(ORANGE).....	347
KINDERLYTE HERBAL		KUTARYAXM.....	489	LAMIOFLUR.....	324
IMMUNITY.....	273	KUTARYAXMPA.....	489	<i>lamivudine</i>	20, 32
KINDERMED INFANTS		KUTEA.....	475	<i>lamivudine-zidovudine</i>	18
COUGH PLUS.....	848	KUVAN.....	874	<i>lamotrigine</i>	338, 347
KINDERMED INFANTS		KUVARYA.....	489	LAMPIT.....	23
NIGHT COUGH.....	848	KUVARYE.....	489	<i>lancets</i>	622, 784
KINERET.....	128	KUXM.....	475	LANCETS, SUPER THIN	
Kionex (With Sorbitol).....	284	KYLEENA.....	169	.....	622, 784
Kiprofen.....	121	KYNARA.....	471	LANCETS,THIN.....	622, 784
KIRSTY.....	420	KYZATREX.....	422	LANCETS,ULTRA THIN	
KIRSTY PEN.....	420	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		.....	622, 784
KISQALI.....	150	<i>l. acidophilus-b. coagulans</i>	71	<i>lancing device</i>	622, 784
KITABIS PAK.....	93	L.E.T. (LIDO-EPINEPH-		LANCING DEVICE WITH	
KLARITY (CHONDROITIN)		TETRA).....	481	LANCETS.....	622, 784
(PF).....	881	L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-		<i>lancing device with lancets</i>	
KLARON.....	533	TETRA).....	481	.....	622, 784
Klayesta.....	515	<i>labetalol</i>	196	LANCING SYSTEM.....	622, 784
KLISYRI (250 MG).....	471			LANOLIN (HPA).....	496

LANOXIN.....	177	levocarnitine.....	266, 877	LIDORX.....	482
<i>lansoprazole</i>	48	levocarnitine (with sugar).....	877	LIDTOPIC.....	482
<i>lanthanum</i>	870	levocarnitine tartrate.....	266	LIDTOPIC MAX.....	482
LANZO LANCING DEVICE		levocetirizine.....	84, 98	LIKMEZ.....	17
.....	622, 784	levofloxacin.....	7, 879	LILETTA.....	169
<i>lapatinib</i>	152	Levonest (28).....	167	<i>linezolid</i>	7
Larin 1.5/30 (21).....	162	levonorgest-eth.estradiol-		LINZESS.....	38, 51
Larin 1/20 (21).....	162	iron.....	162	Liomny.....	444
Larin 24 Fe.....	162	levonorgestrel.....	155, 157	<i>liothyronine</i>	444
Larin Fe 1.5/30 (28).....	162	levonorgestrel-ethinyl estrad	163	LIPITOR.....	187
Larin Fe 1/20 (28).....	162	levonorg-eth estrad triphasic		LIPOCHOL PLUS.....	201
LASIX.....	181	.....	167	LIPOFEN.....	191
<i>latanoprost</i>	897	Levora-28.....	163	LIPO-FLAVONOID.....	268
LATUDA.....	364	levorphanol tartrate.....	107, 108	LIQREV.....	179
LAYOLIS FE.....	162	LEVO-T.....	445	LIQUICAL PLUS.....	251
LAZCLUZE.....	151	levothyroxine.....	445	LIQUID C.....	264
LC PLUS.....	560, 784	LEVOXYL.....	445	LIQUID MULTIVITAMIN.....	294
LC PLUS NEBULIZER-PED		LEVSIN.....	45, 866	<i>liraglutide</i>	426
MASK.....	560, 784	LEVSIN/SL.....	45, 866	<i>lisdexamfetamine</i>	381
LC-655.....	252	LEVULAN.....	480	<i>lisinopril</i>	212
L-CARNITINE.....	266	LEXAPRO.....	392	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
L-CARNITINE (TARTRATE)	266	Lexette.....	479, 508	.....	209
<i>L-cystine</i>	238	LIALDA.....	35	LITE TOUCH-MEDIUM	
LDO PLUS.....	481	LIBERVANT.....	369, 371	MASK.....	689, 784
<i>lecithin, soy</i>	178	LIBRAX (WITH CLIDINIUM)		LITEAIRE MDI CHAMBER	
LEENA 28.....	167	.....	41, 43, 369	.....	690, 784
LEFLUNICLO.....	129, 476	LICART.....	476	LITETOUCH-LARGE MASK	
<i>leflunomide</i>	129	LICE-BEDBUG-MITE		.....	690, 784
<i>lenalidomide</i>	152	BEDDING.....	461	LITETOUCH-SMALL MASK	
LENVIMA.....	145	<i>licorice root (g.glabra)</i>	854	.....	690, 784
LEQEMBI IQLIK.....	858	LIDO BDK.....	637	LITFULO.....	459
LEQSELVI.....	459	<i>lidocaine</i>	482	<i>lithium carbonate</i>	375
Lessina.....	162	<i>lidocaine hcl</i> . 136, 319, 481, 482		<i>lithium citrate</i>	375
LETAIRIS.....	204	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>		LITHOBID.....	375
<i>letrozole</i>	154	<i>ac</i>	458, 524	LITHOLYTE.....	863
<i>leucovorin calcium</i>	138	Lidocaine Viscous.....	319	LITHOSTAT.....	860
LEUKERAN.....	139	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>		LITTLE ANIMALS.....	253
LEUKINE.....	222	<i>aloe</i>	458	LIVALO.....	187
<i>leuprolide</i>	153	<i>lidocaine-prilocaine</i>	537	LIVDELZI.....	102
<i>levalbuterol hcl</i>	96	<i>lidocaine-racepinep-</i>		LIVER PROTECT.....	849
<i>levalbuterol tartrate</i>	96	<i>tetracaine</i>	482	LIVITA FOR ADULT.....	294
<i>levamlodipine</i>	194	<i>lidocaine-tetracaine</i>	482	LIVITA FOR CHILDREN.....	304
LEVBID.....	45, 866	Lidocan lii.....	482	LIVMARLI.....	103
<i>levetiracetam</i>	389	Lidocan Iv.....	482	LIVTENCITY.....	23
LEVICYN ANTIPRURITIC		Lidocan V.....	482	L-MESITRAN SOFT.....	469
.....	462, 466	LIDODERM.....	482	LMR PLUS.....	538
LEVICYN ANTIPRURITIC		LIDOMARK 1-5.....	136	LO LOESTRIN FE.....	170
SG.....	517	LIDOMARK 2-5.....	136	LOCOID.....	509
LEVICYN DERMAL.....	467	LIDOPIN.....	482	LOCOID LIPOCREAM.....	509
<i>levobunolol</i>	884	LIDOPURE PATCH.....	482	Lodine.....	123

LODOCO.....	103	<i>lubiprostone</i>	37, 60	<i>mafenide acetate</i>	519
LODOSYN.....	400	LUCEMYRA.....	325	<i>mag citrate-potassium citrate</i>	
Loestrin 1.5/30 (21).....	163	LUCIRA CHECK-IT COVID		.....	274
Loestrin 1/20 (21).....	163	HOME TST.....	559, 785	MAGE.....	71
Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day).....	163	LUER LOCK SYRINGE		MAGELLAN INSULIN	
Loestrin Fe 1/20 (28-Day)....	163	.....	571, 785	SAFETY SYRNG.....	591, 785
Lofena.....	120	LUER SLIP TIP SYRINGE		MAGELLAN SAFETY	
<i>lofexidine</i>	325	TRAY.....	571, 785	SYRINGE.....	571, 785
LOFRIC.....	580, 784	LUER-LOK TIP.....	571, 785	MAGELLAN SYRINGE	
LOFRIC ORIGO.....	580, 785	LUGOLS.....	253, 701	.....	572, 591, 592, 785
LOFRIC PRIMO NELATON		<i>luliconazole</i>	530	MAGIC3 INTERMITTENT	
CATHETER.....	580, 785	LUMAKRAS.....	149	CATHETER.....	581, 786
LOFRIC SENSE NELATON		LUMIGAN.....	897	<i>magnesium chloride</i>	252
CATHETER.....	581, 785	LUMRYZ.....	342	<i>magnesium citrate</i>	252
Lojaimiess.....	171	LUMRYZ STARTER PACK.....	342	<i>magnesium citrate,mag</i>	
LOKELMA.....	284	LUNESTA.....	361	<i>oxide</i>	252
LOMOTIL.....	44	LUPKYNIS.....	329	<i>magnesium citrate-lemon</i>	
LONSURF.....	141	<i>lurasidone</i>	364	<i>balm</i>	273
<i>loperamide</i>	42	Lurbipr.....	121	MAGNESIUM COMPLEX....	252
LOPID.....	191	Lurbiro.....	121	<i>magnesium gluconate</i>	252
<i>lopinavir-ritonavir</i>	24	<i>lutein</i>	849	<i>magnesium glycinate</i>	252
LOPRESSOR.....	198	LUTEIN PLUS WITH		MAGNESIUM OPTIMIZER..	273
LOPROX (AS OLAMINE)....	537	ZEAXANTHIN.....	294, 849	<i>magnesium oxide</i>	51, 252
LOPROX KIT.....	537	<i>lutein-zeaxanthin</i>	849	MALARONE.....	26
<i>lorazepam</i>	369, 391	<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>		MALARONE PEDIATRIC.....	26
Lorazepam Intensol.....	369, 391	.....	849	<i>malathion</i>	461
LORBRENA.....	142	Lutera (28).....	163	<i>maraviroc</i>	30
LOREEV XR.....	369, 391, 392	LUXAMEND.....	517	MAR-COF BP.....	90
LORMATE.....	300	LUXIQ.....	509	MAR-COF CG.....	91
Loryna (28).....	163	LUZU.....	530	MARINOL.....	40, 343, 873
<i>losartan</i>	184	LYBALVI.....	335, 363, 367	Marlissa (28).....	163
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	197	Lyleq.....	157	MARNATAL-F.....	240
LOTEMAX.....	889	Lyllana.....	438	MARPLAN.....	377
LOTEMAX SM.....	889	LYNPARZA.....	144	MARVONA SUIK (PF).....	136
LOTENSIN.....	212	LYRICA.....	345, 397	MATERVIA.....	264
LOTENSIN HCT.....	209	LYRICA CR.....	334, 342, 403	MATULANE.....	153
<i>loteprednol etabonate</i> ..	889, 890	<i>lysine hcl</i>	238, 239	Matzim La.....	194
Lotrel.....	208	LYSODREN.....	141	MAVENCLAD (10 TABLET	
LOTREL.....	208	LYTGOBI.....	141	PACK).....	453
LOTREXONE.....	103	LYUMJEV KWIKPEN U-100		MAVENCLAD (4 TABLET	
LOTRONEX.....	37	INSULIN.....	420	PACK).....	453
LOUNZDOMDIOXIATAR....	545	LYUMJEV KWIKPEN U-200		MAVENCLAD (5 TABLET	
LOUTREX.....	484, 517	INSULIN.....	420	PACK).....	454
<i>lovastatin</i>	187	LYUMJEV TEMPO PEN(U-		MAVENCLAD (6 TABLET	
Lovaza.....	189	100)INSULN.....	420	PACK).....	454
LOVENOX.....	223	LYUMJEV U-100 INSULIN..	420	MAVENCLAD (7 TABLET	
Low-Ogestrel (28).....	163	LYVISPAH.....	708	PACK).....	454
<i>loxapine succinate</i>	365	Lyza.....	157	MAVENCLAD (8 TABLET	
LOYON.....	517	<i>maca</i>	854	PACK).....	454
Lo-Zumandimine (28).....	163	MACROBID.....	25, 864		

MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	454	MEDISENSE GLUCOSE KETONE.....	622, 786	MELONDIS PLUS.....	490
MAVILO.....	490	MEDISENSE MID CONTROL.....	622, 786	<i>meloxicam</i>	121
MAVILO HP.....	490	MEDISENSE THIN LANCETS.....	622, 786	<i>meloxicam submicronized</i> ...	121
MAVILO LP.....	490	<i>medium chain triglycerides</i> ..	282	<i>memantine</i>	859
MAVYRET.....	27	MEDLANCE PLUS LANCETS.....	623, 787	<i>memantine-donepezil</i>	858
MAX SLEEP JUNIOR.....	396	MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE.....	623, 787	MEN 50 PLUS	
MAXALT.....	405	MEDORFA.....	475	MULTIVITAMIN.....	294
MAXALT-MLT.....	405	MEDORFA HP.....	475	MENEST.....	438
MAXFE (FOLATE).....	261	MEDORFA HP PLUS.....	475	MENOFEM.....	854
MAXICOMFORT II PEN		MEDORFA LP.....	475	MENOPUR.....	446
NEEDLE.....	592, 786	MEDORFA PLUS.....	490	MENOSTAR.....	438
MAXICOMFORT INSULIN		MEDROL.....	440	MENQUADFI (PF).....	307
SYRINGE.....	592, 786	MEDROL (PAK).....	440	MEN'S 50 PLUS	
MAXI-COMFORT INSULIN		MEDROLOAN II SUIK.....	440	MULTIVITAMIN.....	294
SYRINGE.....	592, 786	MEDROLOAN SUIK.....	440	MEN'S DAILY GUMMIES...	294
MAXICOMFORT SAFETY		<i>medroxyprogesterone</i> ..	171, 430	MEN'S DAILY	
PEN NEEDLE.....	592, 786	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23".....	683, 787	MULTIVITAMIN.....	294
MAXIDEX.....	890	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32".....	683, 787	MEN'S MULTIVITAMIN.....	294
MAXITROL.....	892	<i>mefenamic acid</i>	119	MEN'S MULTIVITAMIN	
MAXI-TUSS AC.....	91	<i>mefloquine</i>	16	GUMMIES.....	294
MAXI-TUSS CD.....	90	MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH.....	201	MENTHO-CAINE.....	538
MAYZENT.....	456	MEGARED ADVANCED 4- IN-1.....	201	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	308
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	456	MEGARED ADVANCED TOTAL BODY.....	201	<i>meperidine</i>	108
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	456	MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL.....	201	<i>meperidine (pf)</i>	108
MB HYDROGEL.....	494	<i>megestrol</i>	153, 873	<i>meprobamate</i>	376
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE).....	494	MEKAM.....	490	MEPRON.....	30
MC 300 NEBULIZER W- MOUTHPIECE.....	560, 786	MEKAM HP.....	490	<i>mercaptopurine</i>	140
MC 300 NEBULIZER- UNVRSL TUBING.....	560, 786	MEKINIST.....	147	MERILOG.....	421
MCT OIL.....	282	MEKTOVI.....	147	MERILOG SOLOSTAR.....	420
MCT PRO-CAL.....	283	<i>melatonin</i>	396, 847	Merzee.....	163
<i>meclizine</i>	39	MELATONINMAX.....	396	<i>mesalamine</i>	35
<i>meclofenamate</i>	119	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i>	394, 854	<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	35
<i>mecobalamin (vitamin b12)</i>	256, 257	<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i>	394, 854	<i>mesna</i>	138
MECORIX.....	490	<i>melatonin-theanine</i>	394, 395	MESNEX.....	138
MECORIX HP.....	490	Meleya.....	157	MESTINON.....	704
MECORIX PLUS.....	490	MELIDU.....	490	MESTINON TIMESPAN.....	705
MEDCAPS MENOPAUSE... 854		MELONDIS.....	490	METADATE CD.....	381
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY)....	469, 786			Metadate Er.....	382
MEDIHONEY (HONEY).....	469			METAMUCIL (INULIN- CORN FIBER).....	53
MEDISENSE.....	622, 786			METANX FC.....	302
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO.....	622, 786			<i>metaxalone</i>	708

Methadose.....	108	MICARDIS.....	184	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	854
<i>methamphetamine</i>	360, 382	MICARDIS HCT.....	197	<i>milk thistle seed extract</i>	854
<i>methazolamide</i>	181	<i>miconazole nitrate-zinc ox-</i>		MIMORA.....	490
<i>methenamine hippurate</i>	33, 864	<i>pet</i>	530	Mimvey.....	429
<i>methenamine mandelate</i>		MICONAZOLE-3.....	703	MINCORA.....	302
.....	34, 864	MICORT-HC.....	458, 509	MIND AND MEMORY.....	854
<i>methen-sod phos-meth blue-</i>		MICRO BLOOD GLUCOSE		MINERIN CREME.....	517
<i>hyos</i>	32, 867	.....	666, 787	MINI LANCING DEVICE	
<i>me-thfolate glucos-</i>		MICRO THIN LANCETS		.....	623, 788
<i>mecobalamin</i>	301	.....	623, 787	MINI MULTIVITAMINS-	
<i>methimazole</i>	413	MICROAIR MESH		IRON.....	278
METHIONINE.....	239, 281	NEBULIZER.....	561, 787	MINI PLUS NEBULIZER	
METHITEST.....	422	MICROCHAMBER.....	690, 787	.....	561, 788
<i>methocarbamol</i>	708	MICROCYN.....	467, 700	MINI PRENATAL.....	241
METHOCEL E 4 M.....	695	MICRODOT BLOOD		MINI ULTRA-THIN II....	592, 788
<i>methotrexate sodium</i> ...	133, 140	GLUCOSE SYSTEM		MINI WRIGHT PEAK FLOW	
<i>methotrexate sodium (pf)</i>		.....	623, 667, 787	METER.....	638, 788
.....	133, 140	MICRODOT HIGH-LOW		MINIMED 630G INSULIN	
<i>methoxsalen</i>	475	CONTROL.....	623, 788	PUMP.....	635, 788
<i>methscopolamine</i>	45	MICRODOT NORMAL		MINIMED 770G INSULIN	
<i>methsuximide</i>	358	CONTROL.....	623, 788	PUMP.....	635, 788
METHYL PROTECT.....	302	MICRODOT XTRA BLOOD		MINIMED 780G INSULIN	
<i>methyl salicylate</i>	461	GLUCOSE.....	667, 788	PUMP.....	635, 789
<i>methyl dopa</i>	180	Microgestin 1.5/30 (21).....	164	MINIMED MIO ADVANCE	
<i>methyl dopa-</i>		Microgestin 1/20 (21).....	164	INF SET23".....	683, 789
<i>hydrochlorothiazide</i>	180	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	164	MINIMED MIO ADVANCE	
<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ...	697	Microgestin Fe 1/20 (28).....	164	INF SET43".....	683, 789
<i>methyl ergonovine</i>	451	MICROLET 2 LANCING		MINIMED QUICK SET 18"	
METHYLIN.....	339, 382	DEVICE.....	623, 788	.....	683, 789
<i>methylphenidate</i>	383	MICROLET LANCET...623, 788		MINIMED QUICK SET 23"	
<i>methylphenidate hcl</i>		MICROLET NEXT LANCING		.....	683, 789
.....	339, 382, 383	DEVICE.....	623, 788	MINIMED QUICK SET 32"	
<i>methylprednisolone</i>	440	MICROLIFE PEAK FLOW		.....	683, 789
<i>methyltestosterone</i>	422	METER.....	638, 788	MINIMED QUICK SET 43"	
<i>methyltetrahydrofolate</i>		MICRONEX.....	278	.....	683, 789
<i>glucos</i>	257	MICROSPACER.....	690, 788	MINIMED QUICK-SERTER	
<i>metoclopramide hcl</i>	38	MICURADERM.....	484, 517	(MMT-395).....	623, 789
<i>metolazone</i>	200	<i>midazolam</i>	135, 369, 390	MINIMED SILHOUETTE 18"	
<i>metoprolol succinate</i>	198	<i>midazolam (pf)</i>	135, 369	.....	683, 789
<i>metoprolol ta-</i>		<i>midodrine</i>	213	MINIMED SILHOUETTE 23"	
<i>hydrochlorothiaz</i>	192	MIEBO (PF).....	881	.....	683, 789
<i>metoprolol tartrate</i>	198	MIFEPREX.....	413	MINIMED SILHOUETTE 32"	
METROCREAM.....	522	<i>mifepristone</i>	413, 453	.....	683, 789
METROGEL.....	522	MIGERGOT.....	411	MINIMED SILHOUETTE 43"	
METROLOTION.....	522	<i>miglitol</i>	435	.....	683, 789
<i>metronidazole</i>	17, 522, 703	<i>miglustat</i>	876	MINIMED SURE T 18".	683, 789
<i>metyrosine</i>	179	MIGRANAL.....	407	MINIMED SURE T 23".	683, 789
<i>mexiletine</i>	200	MIGRANOW.....	405	MINIMED SURE T 32".	684, 789
MIACALCIN.....	434	Mili.....	164	MINIVELLE.....	438
Mibelas 24 Fe.....	163	<i>milk thistle</i>	854	<i>minocycline</i>	10, 129, 528

<i>minoxidil</i>	214	MOLEXI.....	491	MONOJECT SAFETY LUER	
MINREX.....	275	<i>molindone</i>	377	LOCK TIP.....	574, 793
Minzoya.....	164	<i>mometasone</i>	92, 509	MONOJECT SAFETY	
MIPLYFFA.....	873	Mondoxyne NI.....	10	SYRINGES.....	574, 793
MIRAPEX ER.....	399	MONISTAT MAINTAIN.....	702	MONOJECT SMARTIP	
MIRCERA.....	221	MONO-FLO DRAINAGE		CANNULA.....	574, 793
MIRENA.....	169	BAG.....	554, 790	MONOJECT SYRINGE	
MIRO3D.....	551	MONOJECT 0.9% SODIUM		.....	575, 593, 794
MIRO3D FIBERS.....	551	CHLORIDE.....	271	MONOJECT SYRINGE	
MIRODERM		MONOJECT 140CC		LUER LOK.....	574, 793
FENESTRATED.....	552	PISTON SYRINGE.....	572, 790	MONOJECT SYRINGE	
MIRODERM		MONOJECT 35CC		REGULAR LUER.....	574, 793
FENESTRATED PLUS.....	552	SYRINGE CATH TIP... 572, 790		MONOJECT SYRINGE	
MIRODRY WOUND		MONOJECT 3CC SYR		TOOMEY TYPE.....	575, 794
MATRIX.....	552	25GX1".....	572, 790	MONOJECT TB.....	575, 794
MIROTRACT.....	552	MONOJECT ALLERGY		MONOJECT TB LUER LOK	
<i>mirtazapine</i>	356	TRAY.....	572, 790	.....	575, 794
MIRVASO.....	522	MONOJECT ALLERGY		MONOJECT TB REGULAR	
<i>misoprostol</i>	44	TRAY DETACH.....	572, 790	LUER TIP.....	575, 794
MITIGARE.....	857	MONOJECT BLOOD		MONOJECT TB SAFETY	
<i>mitomycin (pf) in water</i>	881	COLLECTION.....	634, 790	SYRINGE.....	575, 794
MITOPRIME.....	849	MONOJECT CONTROL		MONOJECT TUBERCULIN	
MITOSOL.....	881	SYRINGE LUER.....	572, 790	SYRINGE.....	575, 576, 795
MIUDELLA.....	171	MONOJECT DISPOSABLE		MONOJECT ULTRA	
MI-VITE RX.....	257	SYRINGE.....	572, 790	COMFORT INSULIN... 593, 795	
MKO (MIDAZOLAM-		MONOJECT ECCENTRIC		MONOLET LANCETS. 623, 795	
KETAMINE-ONDAN).....	136	NON-STERILE.....	572, 790	MONOLET THIN LANCETS	
MMA-PA GEL.....	280	MONOJECT HYPODERMIC		.....	623, 795
M-M-R II (PF)		NEEDLES.....	572, 791	Mono-Linyah.....	164
.....	306, 309, 311, 312, 317	MONOJECT INSULIN		MONOVISC.....	709
M-NATAL PLUS.....	241	SAFETY SYRING.....	592, 791	MONSEL'S.....	216, 217
MNEXSPIKE 2025-2026		MONOJECT INSULIN		<i>montelukast</i>	93
(PF).....	314	SYRINGE.....	592, 593, 791	MONUROL.....	30, 864
MOBILE LANCETS.....	623, 789	MONOJECT LUER		Morgidox.....	11
<i>modafinil</i>	339	ADAPTER.....	581, 791	MORGIDOX 1X 50.....	11
MODD1 PATIENT		MONOJECT LUER-LOCK		MORGIDOX 1X100.....	11
WELCOME KIT.....	633, 790	TIP.....	572, 791	MORGIDOX 2X100.....	11
MODD1 SUPPLY KIT..	684, 790	MONOJECT MAGELLAN		<i>moringa oleifera</i>	854
MODERNA COVID 24-		SYRINGE.....	573, 792	<i>morphine</i>	108, 109
25(6M-11Y)PF.....	314	MONOJECT PHARMACY		<i>morphine (pf)</i>	108
MODEYSO.....	136	TRAY LUER.....	573, 792	<i>morphine concentrate</i>	108
<i>moexipril</i>	212	MONOJECT PHARMACY		<i>morphine in 0.9 % sodium</i>	
MOISTURIZING CREAM... 517		TRAY REG TIP.....	573, 792	<i>chlor</i>	108
MOISTURIZING NORMAL-		MONOJECT PREFILL		MOTEGRITY.....	54
DRY SKIN.....	527	ADVANCED NS.....	271	MOTOFEN.....	44
MOITURIZING LOTION.....	517	MONOJECT REG TIP NON-		MOTPOLY XR.....	345
MOKURA.....	491	STERILE.....	573, 792	MOUNJARO.....	427
MOKURA LP.....	490	MONOJECT REGULAR		MOVANTIK.....	174
MOKURA MOD.....	490	LUER.....	573, 574, 792, 793	MOVE FREE PLUS MSM-	
MOKURA PLUS.....	491			VIT D3.....	846

MOVIPREP.....	57	MY CHOICE.....	155, 157	NANO PEN NEEDLE..	593, 795
MOXATAG.....	4	MY WAY.....	155, 157	NANOVM ADULT.....	295
MOXICAINE.....	482	MYALEPT.....	431	NANRAN.....	484
<i>moxifloxacin</i>	7, 879	MYCAPSSA.....	428	NAPROSYN.....	121
<i>moxifloxacin-bromfenac</i>	878	<i>mycophenolate mofetil</i>	124, 330	NAPROXIN.....	117
MRESVIA (PF).....	305	<i>mycophenolate sodium</i>	330	<i>naproxen</i>	121
MS CONTIN.....	109	MYDAYIS.....	383, 388	<i>naproxen sodium</i>	121
MSUD GEL POWDER.....	281	MYDCOMBI.....	881	<i>naproxen-esomeprazole</i>	117
MUCOSITISRX.....	321	Mydriacyl.....	886	<i>naratriptan</i>	405
MUGARD.....	319, 320	MYDRIATIC4(TROP-PROP- PE-KTRLC).....	878	NARCAN.....	175
MULPLETA.....	218	MYFEMBREE.....	450	NARDIL.....	377
MULTAQ.....	183	MYFORTIC.....	330	NATACYN.....	880, 899
MULTI PRO.....	294	MYGLUCOHEALTH.....	623, 667, 795	NATAL PNV.....	264
MULTIA DAILY.....	294	MYGLUCOHEALTH.....	623, 795	NATAZIA.....	155
MULTIVITAMIN.....	623, 795	CONTROL SOLUTION.....	623, 795	<i>nateglinide</i>	415
MULTI-LANCET DEVICE 2.....	623, 795	MYGLUCOHEALTH.....	623, 795	NATESTO.....	422
MULTITOL-M.....	294	LANCETS.....	623, 795	NATROBA.....	461
<i>multivit with min-folic acid</i>	294, 295	MYHIBBIN.....	330	NAYZILAM.....	369, 371
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i>	295	MYLERAN.....	139	<i>nebivolol</i>	198
<i>multivitamin</i>	278	MYLK.....	251	<i>nebulizer and compressor</i>	690, 795
MULTIVITAMIN GUMMIES.....	295	MYNATAL.....	241	NEBUPENT.....	34
MULTI-VITAMIN WITH.....	254	MYNATAL ADVANCE.....	241	NEBUSAL.....	696
FLUORIDE.....	254	MYNATAL PLUS.....	241	Necon 0.5/35 (28).....	164
MULTIVITAMIN WOMEN 50.....	295	MYNATAL-Z.....	241	<i>nefazodone</i>	356
PLUS.....	295	MYNATE 90 PLUS.....	241	NEFFY.....	213
MULTIVITAMIN-ZINC-.....	236	MYRBETRIQ.....	872	NEMPLUVIO.....	459
STRESS.....	254	MYROSINASE.....	854	NENDRUX.....	496
MULTI-VIT-FLOR.....	254	MYSOLINE.....	344	NEOCATE JUNIOR WITH.....	283
MULTIVIT-FLUORIDE.....	254	MYTESI.....	42	PREBIOTICS.....	5
(METAFOLIN).....	295	MYTHIUS.....	491	<i>neomycin</i>	892
<i>multivit-min-ferrous fumarate</i>	295	MYVORI.....	491	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	882
<i>multivit-min-ferrous</i>	295	MYXREDLIN.....	449	<i>neomycin-bacitracin-</i> <i>polymyxin</i>	863
<i>gluconate</i>	484	N.O.MAX ER.....	239	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	892
<i>mupirocin</i>	484	<i>nabumetone</i>	122	<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i>	882
<i>mupirocin calcium</i>	697	<i>nadolol</i>	208	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>gramicidin</i>	699, 892
MURI-LUBE.....	524	<i>naftifine</i>	536	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	241
MUSCUSOLICE.....	71	NAFTIN.....	536	NEONATAL COMPLETE....	259
MVW COMPLETE FORM.....	72	<i>nalbuphine</i>	131	NEONATAL FE.....	241
PROBIOT MINI.....	295	Nalocet.....	114, 125	NEONATAL PLUS VITAMIN.....	241
MVW COMPLETE FORMUL.....	295	<i>naloxone</i>	175	NEONATAL-DHA.....	281
PROBIOTIC.....	295	NALTREX.....	103	NEOPHE.....	882
MVW MODULATOR.....	304	<i>naltrexone</i>	327	Neo-Polycin.....	893
FORMUL MULTIVIT.....	859	NAMENDA TITRATION PAK.....	859	Neo-Polycin Hc.....	124, 329
MVW MODULATR FORM.....	860	NAMENDA XR.....	860		
MINI MULTIVT.....	858	NAMZARIC.....	858		
MVW MODULATR.....	593, 795	NANO 2ND GEN PEN.....	593, 795		
FORMLTN PEDIATRIC.....		NEEDLE.....			

NEOSALUS.....	517, 518	<i>nicardipine</i>	194	<i>norethindrone ac-eth</i>	
NEO-SYNALAR.....	488	NICOTINAMIDE (WITH		<i>estradiol</i>	164, 429
NEO-SYNALAR KIT.....	488	CHROMIUM).....	295	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>	
NEO-VITAL RX.....	241	<i>nicotine</i>	325, 326	<i>iron</i>	164, 165
NEOVITE.....	295	<i>nicotine (polacrilex)</i>	325	Norgesic Forte.....	706
NEPHRO VITAMINS.....	236	NICOTROL NS.....	326	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
NEPHRON FA.....	236	<i>nifedipine</i>	194, 195	<i>estradiol</i>	165, 167
NEPHRO-VITE.....	236	NIFEREX (FERROUS		NORITATE.....	522
NEPRO CARB STEADY....	283	ASPARTO GLYC).....	261	NORLIQVA.....	195
NERLYNX.....	150	NIGHTTIME UNDERPANTS		NORMAL SALINE FLUSH...	271
NESINA.....	451	L-XL.....	554, 796	NORM-JECT.....	576, 796
NESTABS ABC.....	241	Nikki (28).....	164	NORM-JECT TUBERKULIN	
NESTABS DHA.....	241	NILANDRON.....	154	.....	576, 796
NESTABS ONE.....	278	<i>nilotinib hcl</i>	145	NORMLGEL AG.....	484
Neuac.....	541	<i>nilutamide</i>	154	NORPACE.....	200
NEUAC KIT.....	541	<i>nimodipine</i>	198	NORPACE CR.....	200
NEULASTA.....	219	NINJACOF-XG.....	91	NORPRAMIN.....	374
NEULASTA ONPRO.....	219	NINLARO.....	142	NORTHERA.....	213
NEUPOGEN.....	219	<i>nisoldipine</i>	195	Nortrel 0.5/35 (28).....	165
NEUPRO.....	399	<i>nitazoxanide</i>	2	NORTREL 1/35 (21).....	165
NEURAPTINE.....	524	<i>nitisinone</i>	876	Nortrel 1/35 (28).....	165
NEURIVA ORIGINAL..	854, 855	Nitro-Bid.....	210	Nortrel 7/7/7 (28).....	167
NEURONTIN.....	397	NITRO-DUR.....	210	<i>nortriptyline</i>	374
NEUTEK 2TEK TEST		<i>nitrofurantoin</i>	25, 864	NORVASC.....	195
STRIPS.....	668, 796	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		NORVIR.....	28
NEVANAC.....	884	.....	25, 864	NOSE CLIP.....	690, 796
<i>nevirapine</i>	4	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>		NOURIANZ.....	331
NEW DAY.....	155, 157	<i>cryst</i>	25, 864	NOVA MAX GLUCOSE	
NEW SKIN BOTANICALS...	493	<i>nitroglycerin</i>	210, 457	TEST.....	668, 796
NEW SKIN KIDS.....	493	NITROLINGUAL.....	210	NOVA MAX PLUS GLUC-	
NEW SKIN SENSITIVE.....	493	NITROMIST.....	210	KETON METER.....	636, 796
NEW ZEALAND WHEY		NITROSTAT.....	210	NOVA SAFETY LANCETS	
PROTEIN.....	271	NITRO-TIME.....	210	.....	624, 797
NEWFLORA.....	72	NITYR.....	876	NOVA SUREFLEX	
NEWGEN.....	242	NIVA THYROID.....	444	LANCETS.....	624, 797
NEXA PLUS.....	242	NIVESTYM.....	219	NOVACORT.....	525
NEXAVAR.....	152	NIX LICE PREVENTION....	466	NOVAFERRUM YAY IRON.	261
NEXIUM.....	48	<i>nizatidine</i>	46	NOVAMAX PLUS GLU-KET	
NEXIUM PACKET.....	48	NOBELA.....	538	.....	624, 797
NEXIVA.....	561, 796	NOCDURNA (MEN).....	428	NOVAREL.....	443
NEXLETOL.....	189	NOCDURNA (WOMEN).....	428	NOVAVAX COVID 2024-	
NEXLIZET.....	191	NOLIRA.....	482	25(PF)(EUA).....	315
NEXOBRID.....	519	NORA-BE.....	157	NOVOEIGHT.....	230
NEXPLANON.....	169	NORDITROPIN FLEXPPO..	447	NOVOFINE 32.....	593, 797
NEXTSTELLIS.....	164	<i>norelgestromin-</i>		NOVOFINE PLUS.....	593, 797
NGENLA.....	447	<i>ethin.estradiol</i>	169	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>niacin</i>	180, 262	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> .	164	INSULIN.....	448
<i>niacin (inositol niacinate)</i>	262	<i>norethindrone</i>		NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
<i>niacinamide</i>	262	(contraceptive).....	157	U-100.....	449
Niacor.....	180	<i>norethindrone acetate</i>	430	NOVOLIN N FLEXPEN.....	449

NOVOLIN N NPH U-100	NUWIQ.....	230	OFEV.....	84, 145
INSULIN.....	NUZYRA.....	5, 11	OFF ACTIVE.....	520
NOVOLIN R FLEXPEN.....	Nyamyc.....	515	OFF DEEP WOODS.....	520
NOVOLIN R REGULAR	Nylia 1/35 (28).....	165	<i>ofloxacin</i>	7, 698, 879
U100 INSULIN.....	Nylia 7/7/7 (28).....	168	OGSIVEO.....	137
NOVOLOG FLEXPEN U-	NYMALIZE.....	198	OHTUVAYRE.....	79
100 INSULIN.....	NYNUTEY.....	482	OJEMDA.....	146
NOVOLOG MIX 70-30 U-	NYPOZI.....	219	OJJAARA.....	137
100 INSULN.....	<i>nystatin</i>	25, 319, 515	<i>olanzapine</i>	335, 363
NOVOLOG MIX 70-	<i>nystatin-triamcinolone</i>	487	<i>olanzapine-fluoxetine</i>	
30FLEXPEN U-100.....	Nystop.....	515	.....	335, 357, 363
NOVOLOG PENFILL U-100	NYVEPRIA.....	220	<i>olive oil</i>	697
INSULIN.....	OASIS ULTRA		<i>olmesartan</i>	184
NOVOLOG U-100 INSULIN	FENESTRATED.....	538, 797	<i>olmesartan-amlodipin-</i>	
ASPART.....	OASIS WOUND MATRIX		<i>hcthiacid</i>	193
NOVOPEN ECHO.....	FENESTRATED.....	538, 797	<i>olmesartan-</i>	
NOVOSEVEN RT.....	OASIS WOUND MATRIX		<i>hydrochlorothiazide</i>	197
NOXAFIL.....	MESHED.....	539, 797	<i>olopatadine</i>	92, 887
NOXIPAK.....	OB COMPLETE.....	295	OLPRUVA.....	876
NP THYROID.....	OB COMPLETE ONE.....	242	OLUMIANT.....	127, 459
NRF2 ACTIVATOR.....	OB COMPLETE PETITE.....	242	OLUX.....	509
NUBEQA.....	OB COMPLETE PREMIER.....	242	OLUX-E.....	509
NUCALA.....	OB COMPLETE WITH DHA.....	242	OMBRA COMPRESSOR	
NUCORT.....	OBAGI ELASTIDERM.....	475	SYSTEM.....	690, 797
NUCYNTA.....	OBAGI NU-DERM		OMECLAMOX-PAK.....	51
NUCYNTA ER.....	BLENDER.....	475	<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>	
NUEDEXTA.....	OBAGI NU-DERM CLEAR..	475	.....	201, 202
NUGUT BOWEL SUPPORT	OBAGI NU-DERM		OMEGA MONOPURE.....	202
PROBIOTIC.....	SUNFADER.....	491	OMEGA MONOPURE DHA	
NU-IRON.....	OBAGI-C CLARIFYING		EC.....	202
NUJO.....	SERUM.....	491	OMEGA MONOPURE EPA	
NUJU.....	OBAGI-C THERAPY NIGHT		EC.....	202
NULEV.....	.....	491	<i>omega-3 acid ethyl esters...</i>	189
NULIBRY.....	OBIZUR.....	230	<i>omega-3 fatty acids-fish oil..</i>	202
NUMBONEX.....	OBSTETRIX DHA.....	242	OMEGA-3 KRILL OIL.....	202
NUMBRINO.....	OBSTETRIX DHA		<i>omega-3s-dha-epa-fish oil...</i>	202
NUMOISYN.....	PRENATAL DUO.....	242	OMEGAPURE 900-TG.....	202
NUPLAZID.....	OBSTETRIX EC.....	242	OMEGAPURE PRM.....	202
NURTEC ODT.....	OBSTETRIX ONE.....	242, 278	OMEGAPURE-600 EC.....	202
NUTRASEB.....	OBSTETRIX DHA.....	243	OMEGAPURE-780 EC.....	202
NUTRISOURCE FIBER.....	OCALIVA.....	103	OMEGAPURE-820.....	203
NUTROPIN AQ NUSPIN....	OCELLA.....	165	OMEGAPURE-900 EC.....	203
NUVA III.....	OCM.....	469	<i>omeprazole</i>	48
NUVAGEL.....	<i>octreotide acetate</i>	37, 428	<i>omeprazole-sodium</i>	
NUVARING.....	OCUFLOX.....	879	<i>bicarbonate</i>	60
NUVAXOVID 2025-2026	OCUSOFT LID SCRUB		OMEZA.....	469
(PF).....	ALLERGY.....	526	OMNARIS.....	92
NUVAZIL II.....	ODACTRA.....	308	OMNI-BIOTIC AB-10.....	72
NUVESSA.....	ODEFSEY.....	29	OMNI-BIOTIC BALANCE.....	72
NUVIGIL.....	ODOMZO.....	150	OMNI-BIOTIC HETOX.....	72

OMNI-BIOTIC PANDA.....72	ONE DAILY WOMEN 50	ON-THE-GO LANCETS
OMNI-BIOTIC STRESS	PLUS(VIT K).....296	624, 800
RELEASE.....72	ONE DAILY WOMEN'S.....296	ONUREG.....140
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	ONE-A-DAY MEN	ONYDA XR.....376
PLUS).....633, 797	VITACRAVES.....296	ONZDEAXIADEMTAR.....545
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	ONE-A-DAY MEN'S 50	ONZDEAXIADEMVAR.....545
KT(GEN5).....633, 798	PLUS.....296	ONZDEAXIATAR.....545
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	ONE-A-DAY MEN'S	ONZDEAXIAVAR.....545
(GEN 5).....633, 798	COMPLETE.....296	ONZDEAXIAZAR.....545
OMNIPOD 5	ONE-A-DAY PRENATAL.....264	ONZDEOXIA.....541
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	ONE-A-DAY PRENATAL-1. 243	ONZETRA XSAIL.....405
.....633, 798	ONE-A-DAY TRUBIOTICS....72	OPCICON ONE-STEP 155, 157
OMNIPOD DASH INTRO	ONE-A-DAY WOMEN	OPFOLDA.....874
KIT (GEN 4).....634, 798	VITACRAVES.....296	OPILL.....157
OMNIPOD DASH PDM KIT	ONE-A-DAY WOMEN'S 50	OPIPZA.....335, 364
(GEN 4).....593, 798	PLUS.....296	<i>opium tincture</i> 37, 42
OMNIPOD DASH PODS	ONE-A-DAY WOMEN'S	OPSUMIT.....204
(GEN 4).....634, 798	COMPLETE.....296	OPSYNVI.....176
OMNITROPE.....448	ONE-DAILY MULTI.....297	OPTICHAMBER ADULT
OMVOH.....55	ONETOUCH DELICA PLUS	MASK-LARGE.....690, 800
OMVOH PEN.....55	LANC DEV.....624, 799	OPTICHAMBER DIAMOND
ON CALL EXPRESS	ONETOUCH DELICA PLUS	LG MASK.....690, 800
CONTROL.....624, 798	LANCET.....624, 799	OPTICHAMBER DIAMOND
ON CALL EXPRESS	ONETOUCH DELICA	VHC.....690, 800
METER.....624, 798	SAFETY LANCET.....624, 799	OPTICHAMBER DIAMOND-
ON CALL EXPRESS TEST	ONETOUCH ULTRA	MED MSK.....690, 800
STRIP.....668, 798	CONTROL.....624, 799	OPTICHAMBER DIAMOND-
ON CALL LANCET.....624, 798	ONETOUCH ULTRA TEST	SML MASK.....690, 800
ON CALL LANCING	669, 799	OPTICLEANSE GHI.....284
DEVICE.....624, 798	ONETOUCH ULTRA2	OPTIMAG 125.....252
ONAPGO.....399	METER.....624, 799	OPTIMAG NEURO.....252
ONCOPLEX.....855	ONETOUCH ULTRASOFT 2	OPTIMAG PLUS CALCIUM 251
ONCOPLEX ES.....855	LANCET.....624, 799	OPTION-2.....155, 157
<i>ondansetron</i> 50	ONETOUCH VERIO FLEX	OPTIUM EZ.....669, 800
<i>ondansetron hcl</i> 50	METER.....624, 799	OPTIUM TEST.....670, 801
ONE A DAY MEN	ONETOUCH VERIO HIGH	OPVEE.....175
COMPLETE.....295	CONTROL.....624, 799	OPZELURA.....470
ONE DAILY ESSENTIAL.....295	ONETOUCH VERIO MID	ORACEA.....11, 528
ONE DAILY MEN'S 50	CONTROL.....624, 799	ORACIT.....863
PLUS W-D3.....296	ONETOUCH VERIO	ORALAIR.....308
ONE DAILY MEN'S	REFLECT METER.....624, 799	Oralone.....320
HEALTH.....296	ONETOUCH VERIO TEST	ORALYTE.....273
ONE DAILY MULTI-VIT W-	STRIPS.....669, 800	ORAMAGICRX.....319
MINERAL.....296	ONEVITE DAILY	ORAPEUTIC.....319
ONE DAILY MULTIVITAMIN	MULTIVITAMIN.....278	ORAPRED ODT.....441
.....278	ONEXTON.....541	ORAVIG.....32
ONE DAILY	ONFI.....369, 371	ORAXINOL.....855
MULTIVITAMIN-IRON.....296	ONGENTYS.....366	<i>oregano oil-flaxseed oil</i> 855
ONE DAILY PRENATAL.....243	ON-GO COVID-19 AG AT	ORENCIA.....130
	HOME TEST.....559, 800	ORENCIA CLICKJECT.....130

ORENITRAM.....	177	OXERVATE.....	896	PALFORZIA LEVEL 11	
ORENITRAM MONTH 1		OXIAICE.....	534	MAINTENANCE.....	313
TITRATION KT.....	177	OXIANUJO.....	514	<i>paliperidone</i>	376
ORENITRAM MONTH 2		OXIANUJO (WITH		PALYNZIQ.....	874
TITRATION KT.....	177	HYALURONATE).....	514	PAMELOR.....	374
ORENITRAM MONTH 3		OXIATAR.....	547	PANCREAZE.....	61
TITRATION KT.....	177	OXIAVARRY.....	547	PANDEL.....	510
ORFADIN.....	876	OXIAVARY.....	547	PANRETIN.....	524
ORGANIC NIPPLE BALM...	518	OXIAZAR.....	547	<i>pantoprazole</i>	48
ORGOVYX.....	148	<i>oxiconazole</i>	530	PANXYME PH.....	61
ORIAHNN.....	450	OXISTAT.....	530	<i>papaverine</i>	214
ORILISSA.....	450	OXTELLAR XR.....	349	PAPAYA DIGESTIVE	
ORKAMBI.....	94	<i>oxybutynin chloride</i>	866	ENZYME CMLPX.....	46
ORLADEYO.....	211	<i>oxycodone</i>	110	PARADIGM RESERVOIR	
ORLYNVAH.....	1	<i>oxycodone-acetaminophen</i>		.....	593, 801
Ormalvi.....	705	.....	114, 115, 125, 126	PARAGARD T 380A.....	171
<i>orphenadrine citrate</i>	708	OXYCONTIN.....	110	PARAGARD T380A	
<i>orphenadrine-asa-cafeine</i> ...	706	<i>oxymorphone</i>	110, 111	(SINGLE HAND).....	171
Orphengesic Forte.....	706	OXYTROL.....	867	PARI BABY CONV KIT -	
Orquidea.....	157	OYSTER SHELL CALCIUM		SIZE 1.....	690, 801
ORSERDU.....	139	500.....	249	PARI BABY CONV KIT -	
ORTHAPHEN.....	535	OYSTER SHELL CALCIUM-		SIZE 2.....	690, 801
ORTHOVISC.....	709	VIT D3.....	275	PARI BABY CONV KIT -	
ORTIKOS.....	62	OZEMPIC.....	427	SIZE 3.....	690, 801
OSAPLEX.....	251	OZOBAX.....	708	PARI LC SPRINT	
OSAPLEX MK-7.....	251	Pacerone.....	183	NEBULIZER SET.....	561, 801
OSCIMIN.....	45, 866	PACNEX HP.....	548	PARI LC SPRINT SINUS	
OSCIMIN SL.....	45, 866	PACNEX LP.....	548	.....	561, 801
<i>oseltamivir</i>	25	PAIN EASE MEDIUM		PARI TREK S COMBO	
OSENI.....	431	STREAM SPRAY.....	492	PACK.....	690, 801
OSMOLEX ER.....	399	PAIN EASE MIST SPRAY...	492	PARI TREK S COMPACT	
OSSOPAN MD.....	249	PAINGO KFT.....	538	COMPRESSOR.....	690, 801
OSSOPAN-1100.....	249	PALFORZIA (LEVEL 0).....	312	PARI TREK S PORTABLE	
OSTACHOL.....	269	PALFORZIA (LEVEL 1).....	312	PWR KIT.....	691, 801
OSTEOPRIME PLUS CALC-		PALFORZIA (LEVEL 2).....	312	<i>paricalcitol</i>	875
MAGNESIUM.....	251	PALFORZIA (LEVEL 3).....	313	PARNATE.....	377
OTEZLA.....	128, 462	PALFORZIA (LEVEL 4).....	313	<i>paroxetine hcl</i>	393
OTEZLA STARTER.....	128, 462	PALFORZIA (LEVEL 5).....	313	<i>paroxetine</i>	
OTOVEL.....	699	PALFORZIA (LEVEL 6).....	313	<i>mesylate(menop.sym)</i>	446
OVACE.....	485	PALFORZIA (LEVEL 7).....	313	PASER.....	3
OVACE PLUS.....	485	PALFORZIA (LEVEL 8).....	313	PAXIL.....	393
OVACE PLUS SHAMPOO..	485	PALFORZIA (LEVEL 9).....	313	PAXIL CR.....	393
OVACE PLUS WASH.....	485	PALFORZIA (LEVEL 10).....	313	PAXLOVID.....	31
OVAL TAPE.....	624, 801	PALFORZIA (LEVEL 11 UP-		PAXLYTE.....	301
OVEGA-3.....	203	DOSE).....	313	<i>pazopanib</i>	145
OVIDE.....	461	PALFORZIA INITIAL (1-3		PCCA ACCUPEN-15...557, 801	
OVIDREL.....	443	YRS).....	313	PCCA SUSPENDIT	
<i>oxaprozin</i>	121	PALFORZIA INITIAL (4-17		ANHYDROUS.....	697
<i>oxazepam</i>	369, 392	YRS).....	313	PEAK AIR PEAK FLOW	
<i>oxcarbazepine</i>	348, 349			METER.....	638, 801

<i>pedi multivit no.194-iron sulf</i>	304	PERIDEX.....	321	<i>phenylalanine</i>	239
PEDIALYTE		<i>perindopril erbumine</i>	212	<i>phenylephrine hcl</i>	895
ELECTROLYTE.....	273	Periogard.....	321	<i>phenyleph-tropicamide in</i>	
PEDIALYTE		<i>permethrin</i>	461	<i>water</i>	881
ELECTROLYTE WATER.....	273	<i>perphenazine</i>	344	Phenytek.....	354
PEDIALYTE SPARKLING		<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	357	<i>phenytoin</i>	354
RUSH.....	273	PERSONAL BEST FULL		<i>phenytoin sodium extended</i> ..	354
PEDIAPRED.....	441	RANGE.....	638, 802	PHEODOYO.....	483
PEDIATRIC BEAR		PERSONAL BEST LOW		PHEOXIA.....	487
NEBULIZER.....	691, 801	RANGE.....	638, 802	PHEXXI.....	169
PEDIATRIC COMP-AIR		PERTZYE.....	61	PHEYO.....	488
COMPRES NEB.....	691, 802	PETROLEUM GAUZE.....	635, 802	Philith.....	165
PEDIATRIC D-VITE.....	238	PFLEX INSPIRATORY		PHOSPHALINE.....	178
PEDIATRIC ELECTROLYTE		TRAINER.....	691, 802	PHOSPHOLINE IODIDE.....	881
.....	273	PHARMABASE BARRIER...	519	PHOSPHOROUS	
<i>pediatric multivitamin no.171</i>		PHARMACIST CHOICE		SUPPLEMENT.....	280
.....	253	.....	670, 803	PHOTREXA CROSS-	
PEDIATRIC POLY-VITE.....	253	PHARMACIST CHOICE		LINKING KIT.....	885
PEDIATRIC POLY-VITE		GLUCOSE SYS.....	625, 802	PHYSIOLYTE.....	300
WITH IRON.....	304	PHASEAL ASSEMBLY		PHYSIOSOL IRRIGATION..	300
PEDIATRIC TRI-VITE.....	253	FIXTURE.....	581, 803	<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ...	299
<i>peg 3350-electrolytes</i>	57	PHASEAL CONNECTOR		PIFELTRO.....	4
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-</i>		LUER LOCK.....	581, 803	PIKO 1.....	638, 803
<i>asb-c</i>	57	PHASEAL INFUSION		PILLOW MASK CHILD.....	691, 803
PEGASYS.....	27	ADAPTER.....	581, 803	<i>pilocarpine hcl</i>	320, 880, 898
<i>peg-electrolyte soln</i>	57	PHASEAL INFUSION		PILOT COVID-19 AT-HOME	
PEMAZYRE.....	141	CLAMP.....	581, 803	TEST.....	559, 803
PEN NEEDLE.....	593, 802	PHASEAL INJECTOR LUER		<i>pimecrolimus</i>	514
<i>pen needle, diabetic</i>	594, 802	.....	582, 803	<i>pimozide</i>	375
<i>pen needle, diabetic, safety</i>		PHASEAL INJECTOR LUER		Pimtrea (28).....	171
.....	594, 802	LOCK.....	582, 803	<i>pindolol</i>	214
PENBRAYA (PF).....	308	PHASEAL PROTECTOR		<i>pioglitazone</i>	435
<i>penciclovir</i>	462	.....	582, 803	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	426
<i>penicillamine</i>	129, 173	PHASEAL SECONDARY		<i>pioglitazone-metformin</i>	425
<i>penicillin v potassium</i>	30	SET.....	561, 803	PIP BLOOD GLUCOSE	
<i>pentamidine</i>	34	PHASEAL Y-SITE.....	561, 803	MONITOR.....	625, 803
PENTASA.....	35	PHEBURANE.....	876	PIP BLOOD GLUCOSE	
<i>pentazocine-naloxone</i>	131	PHEDRAX.....	487	TEST STRIP.....	670, 804
PENTIPS PEN NEEDLE		<i>phenazopyridine</i>	861	PIP GLUCOSE CONTROL	
.....	594, 802	<i>phenelzine</i>	377	SOLN L1-L2.....	625, 804
<i>pentoxifylline</i>	234	Phenergan.....	39, 80, 83	PIP LANCET.....	625, 804
Pepcid.....	46	PHENEX-1.....	270, 281	PIP PEN NEEDLE.....	594, 804
PEPCIX.....	269	PHENEX-2.....	281	PIQRAY.....	143
PEPTAMEN JUNIOR PHGG		<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i>		<i>pirfenidone</i>	85
.....	284	<i>scop</i>	43	<i>piroxicam</i>	121
<i>perampanel</i>	344	<i>phenobarbital</i>		<i>pitavastatin calcium</i>	187
Percocet.....	115, 126	.....	344, 345, 390, 391	PIXEL COVID19 HOME	
PERFECT POINT SAFETY		PHENOHYTRO.....	43, 44	COLLECT KIT.....	559, 804
LANCETS.....	625, 802	<i>phenol</i>	699	PLANTAGO-HOMACCORD.....	324
PERFOROMIST.....	95	<i>phenoxybenzamine</i>	213	PLAQUENIL.....	16, 125

PLATINUM TEST STRIP	<i>posaconazole</i> 15	PRECISION XTRA
.....671, 804	<i>potassium aa (bisglycinate)</i> ..276	MONITOR.....625, 806
PLAVIX.....225	<i>potassium chloride</i> 276	PRECISION XTRA TEST
PLEGRIDY.....455	<i>potassium citrate</i> 863	672, 806
PLENURA.....493	<i>potassium citrate-citric acid</i> ..863	PRECOSE.....435
PLENVU.....57	<i>potassium gluconate</i> 276	PRED FORTE.....890
PLEXION.....541	<i>potassium iodide</i> 253	PRED MILD.....890
PLEXION CLEANSING	<i>potassium, sodium</i>	PRED-G S.O.P.....893
CLOTHS.....541	<i>phosphates</i> 280	<i>prednicarbate</i> 510
PLEXION NS.....485	<i>povidone-iodine</i> 880	<i>prednisoln sp-moxiflox-</i>
PMS SOOTHE.....855	PR BENZOYL PEROXIDE..548	<i>bromfen</i> 893
PNEUMOVAX-23.....307	PR CREAM.....493	<i>prednisolone</i> 441
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-</i>	PR NATAL 400.....243	<i>prednisolone acetate</i> 890
<i>fa</i> 243	PR NATAL 400 EC.....243	<i>prednisolone acetate (pf)</i> 890
PNV TABS 20-1.....264	PR NATAL 430.....243	<i>prednisolone acetate-</i>
PNV-DHA.....278	PR NATAL 430 EC.....243	<i>bromfenac</i> 895
PNV-DHA + DOCUSATE...243	PRADAXA.....225	<i>prednisolone acetate-</i>
PNV-OMEGA.....297	PRAKETAMIDE.....523	<i>nepafenac</i> 895
PNV-SELECT.....243	<i>pralidoxime</i> 174	<i>prednisolone sod ph-</i>
POCKET CHAMBER...691, 804	PRALUENT PEN.....189, 190	<i>bromfenac</i> 895
POCKET PEAK FLOW	<i>pramipexole</i> 399, 400	<i>prednisolone sod ph-</i>
METER.....638, 804	PRAMOSONE.....525	<i>moxiflox</i> 893
PODOCON.....472	<i>prasterone (dhea)</i> 847	<i>prednisolone sodium</i>
<i>podofilox</i> 473	<i>prasugrel hcl</i> 225	<i>phosphate</i> 441, 890
POKONZA.....276	<i>pravastatin</i> 188	<i>prednisolone-moxiflo-</i>
POLY HUB NEEDLE...576, 804	<i>praziquantel</i> 2	<i>nepafenac</i> 893
Polycin.....882	<i>prazosin</i> 213	<i>prednisolone-moxifloxacin</i>
<i>polymyxin b sulf-</i>	PREBIOMAX.....72	<i>hcl</i> 893
<i>trimethoprim</i> 882	PREBIOTIC FIBER.....53	<i>prednisolone-moxiflox-</i>
<i>polysaccharide iron complex</i>	PREBIOTIC FIBER (FOS).....53	<i>bromfen</i> 894
.....259	PREBIOTIC FIBER	<i>prednisolon-moxiflox-</i>
<i>polysorbate 80</i> 696	DIGESTIVE.....53	<i>ketorolac</i> 894
POLY-TUSSIN AC.....90	PREBIOTIC INULIN-FOS.....53	<i>prednisone</i> 441
POLY-VI-FLOR	PRECISION.....625, 804	PREDNISONE INTENSOL..441
(ARCOFOLIN).....255	PRECISION GLUCOSE	<i>pregabalin</i>
POLY-VI-FLOR DROPS.....255	CONTROL SOLN.....625, 804	334, 343, 345, 397, 403
POLY-VI-FLOR DROPS	PRECISION	PREGEN DHA.....243
(ARCOFOLIN).....255	GLUCOSE/KETONE	PREGNYL.....443
POLY-VI-FLOR IRON	CONTR.....625, 805	PRELIEF.....44
DROP(ARCOFO).....255	PRECISION PCX PLUS	PREMARIN.....438, 702
POLY-VI-FLOR W-	TEST.....671, 805	PREMIER BLU GLUCOSE
IRON(ARCOFOLIN).....255	PRECISION PCX TEST	METER.....625, 806
POLY-VITA DROPS.....254	671, 805	PREMIER CLASSIC
POLY-VITA WITH IRON.....304	PRECISION POINT OF	GLUCOSE METER....625, 806
POMALYST.....152	CARE TEST.....672, 805	PREMIER COMPACT
PONVORY.....456	PRECISION Q-I-D TEST	GLUCOSE METER....625, 806
PONVORY 14-DAY	672, 806	PREMIER TEST STRIP
STARTER PACK.....456	PRECISION XTRA	673, 807
POPULUS COMPOSITUM..324	KETONE-GLUCOSE...636, 806	PREMIER VOICE
Portia 28.....165		GLUCOSE METER....625, 807

PREMIUM BLOOD		PRIOLO PATCH.....	526
GLUCOSE MONITOR.....	625, 807	PRIOSEC.....	49
PREMIUM V10.....	625, 673, 807	PRIMACARE.....	246
PREMPHASE.....	430	PRIMADOPHILUS BIFIDUS..	72
PREMPRO.....	430	PRIMADOPHILUS	
PRENAISSANCE.....	243	ORIGINAL.....	73
PRENAISSANCE PLUS.....	244	<i>primaquine</i>	16
PRENATA.....	244	PRIMEAIRE.....	691, 807
PRENATABS FA.....	244	PRIMIDAR.....	73
PRENATABS RX.....	244	<i>primidone</i>	345
PRENATAL.....	245, 265	Primlev.....	115, 126
PRENATAL + DHA.....	244	PRIMSOL.....	4
PRENATAL 19.....	244	PRIORIX (PF)	
PRENATAL 19 (WITH		.....	306, 309, 311, 312, 318
DOCUSATE).....	244	PRISTIQ.....	373
PRENATAL COMPLETE.....	244	PRO COMFORT INSULIN	
PRENATAL ESSENTIALS..	244	SYRINGE.....	594, 807, 808
PRENATAL FORMULA.....	244	PRO COMFORT LANCET	
PRENATAL FORMULA-		.....	625, 808
DHA.....	245	PRO COMFORT PEN	
PRENATAL GUMMIES.....	265	NEEDLE.....	594, 808
PRENATAL		PRO COMFORT SAFETY	
GUMMIES(ZINC CHELATE)		LANCET.....	625, 808
.....	297	PRO COMFORT TENS	
PRENATAL MULTI.....	245	ELECTRODE.....	553, 808
PRENATAL MULTI-DHA		PRO COMFORT TENS	
(ALGAL OIL).....	245	UNIT.....	554, 808
PRENATAL MULTI-		PRO VOICE V8-V9 TEST	
DHA(WITH VIT K).....	245	STRIP.....	673, 808
PRENATAL		PRO VOICE V9 GLUCOSE	
MULTIVITAMINS.....	245	MONITOR.....	626, 808
PRENATAL ONE DAILY....	245	PROAIR RESPICLICK.....	96
PRENATAL PLUS.....	245	PROBACAP.....	73
PRENATAL PLUS		<i>probenecid</i>	857
(CALCIUM CARB).....	245	<i>probenecid-colchicine</i>	856
PRENATAL PLUS DHA.....	245	PROBICHEW.....	73
PRENATAL PLUS VITAMIN-		PROBIO DEFENSE.....	73
MINERAL.....	245	PROBIOFLEXX.....	73
PRENATAL TABLET.....	246	PROBIOMAX 350 DF.....	73
<i>prenatal vit no.179-iron-folic</i>	246	PROBIOMAX COMPLETE	
PRENATAL VITAMIN.....	246	DF.....	73
PRENATAL VITAMIN PLUS		PROBIOMAX DAILY DF.....	73
LOW IRON.....	246	PROBIOMAX DF.....	73
PRENATAL VITAMIN WITH		PROBIOMAX IG 26 DF.....	73
MINERALS.....	246	PROBIOMAX LEAN DF.....	73
<i>prenatal vit-iron fum-folic ac</i>	246	PROBIOMAX PLUS DF.....	74
PRENATAL WITH DHA-		PROBIOMAX SB DF.....	74
FOLIC ACID.....	246	PROBIOMAX SERENITY.....	74
PRENATAL-U.....	278	PROBIONEXX.....	74
PRENATE AM.....	278	PROBIOTIC.....	75
PRENATE CHEWABLE.....	278		
PRENATE DHA.....	278		
PRENATE DHA (FERR ASP			
GLYCIN).....	265		
PRENATE ELITE.....	265		
PRENATE ELITE (IRON			
ASP GLYC).....	265		
PRENATE ENHANCE.....	246		
PRENATE ESSENTIAL.....	279		
PRENATE			
ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)			
.....	279		
PRENATE MINI (FERR ASP			
GLYCIN).....	265		
PRENATE PIXIE.....	265		
PRENATE RESTORE.....	246		
PRENATE STAR.....	265		
PREPIDIL.....	434		
PRESERA.....	518		
PRESERVISION AREDS 2			
PLUS MV.....	297, 849		
PRESERVISION AREDS-2.	850		
PRESSURE ACTIVATED			
LANCETS.....	625, 807		
PRESTALIA.....	209		
<i>pretomanid</i>	23		
PREVACID.....	48		
PREVACID SOLUTAB.....	49		
Prevalite.....	182		
PREVENT DROPSAFE PEN			
NEEDLE.....	594, 807		
PREVIDENT.....	323		
PREVIDENT 5000			
BOOSTER PLUS.....	323		
PREVIDENT 5000 DRY			
MOUTH.....	323		
PREVIDENT 5000 ENAMEL			
PROTECT.....	323		
PREVIDENT 5000 ORTHO			
DEFENSE.....	323		
PREVIDENT 5000 PLUS.....	323		
PREVIDENT 5000			
SENSITIVE.....	323		
PREVIDENT KIDS.....	323		
PREVNAR 20 (PF).....	307		
PREV-RX.....	279		
PREVYMIS.....	2		
PREZCOBIX.....	24, 28		
PREZISTA.....	28		
PRIFTIN.....	21, 31		

PROBIOTIC (B. COAGULANS).....	74	Procto-Med Hc.....	458, 510	PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS.....	691, 810
PROBIOTIC (S.BOULARDII).....	74	Proctosol Hc.....	458, 510	PRONEB MAX COMPRESSR-LC SPRINT.....	691, 810
PROBIOTIC (WITH VITAMIN D3).....	74	Proctozone-Hc.....	458, 510	PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM.....	691, 810
PROBIOTIC ACIDOPHILUS (4 STRN).....	74	PROCYSBI.....	862	PROOXIA.....	491
PROBIOTIC ACIDOPHILUS(14-STRN).....	74	PRODIGY AUTOCODE METER.....	626, 809	<i>propafenone</i>	206
PROBIOTIC COLON SUPPORT.....	74	PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST.....	626, 809	<i>proparacaine</i>	895
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN).....	74	PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW.....	626, 809	PROPIMEX-2.....	280
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN).....	75	PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH.....	626, 809	<i>propranolol</i>	208
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN).....	75	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	594, 809	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	192
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO).....	75	PRODIGY LANCETS..	626, 809	<i>propylthiouracil</i>	413
PROBIOTIC FORMULA (INULIN).....	75	PRODIGY LANCING DEVICE.....	626, 809	PROSCAR.....	861
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS.....	75	PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER.....	561, 809	PROSILK.....	694, 810
PROBIOTIC PEARLS COMPLETE.....	75	PRODIGY NO CODING.....	674, 809	PROSILK GEL.....	494
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S.....	75	PRODIGY POCKET METER.....	626, 809	PROSOURCE.....	271
PROBIOTIC-10.....	75	PRODIGY TWIST TOP LANCET.....	626, 809	PROTECT IRON LIQUID....	261
PROBIOTIC-IMMUNE.....	75	PRODIGY VOICE GLUCOSE METER.....	626, 810	PROTHELIAL.....	321
PROBIZEN.....	76	PROFILNINE.....	232	PROTONIX.....	49
PROCARDIA XL.....	195	PROFINAC.....	476	<i>protriptyline</i>	374
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER.....	691, 808	PROFOLA.....	297	PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT.....	703, 810
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER.....	691, 808	<i>progesterone</i>	430	PROVENT.....	691, 810
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK.....	691, 808	<i>progesterone micronized</i>	430	PROVENT STARTER.....	691, 810
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK.....	691, 809	PROGLYCEM.....	415	PROVERA.....	431
PROCEL SINGLES.....	271	PROGRAF.....	329	PROVIDA OB.....	246
Procentra.....	360	PROLASTIN-C.....	97	PROVIGIL.....	339
PRO-CEPTION.....	554, 809	Prolate.....	115, 116, 126	PROVIMIN.....	284
PROCHAMBER.....	691, 809	PROLENSA.....	884	PROVISC.....	885
<i>prochlorperazine</i>	40	PROMACTA.....	218	PROXIVOL.....	482
<i>prochlorperazine maleate</i>	40, 344	PROMELLA.....	76	PROZAC.....	393
PROCORT.....	458	<i>promethazine</i>	40, 80, 83	<i>prucalopride</i>	54
PROCRIT.....	221	<i>promethazine-codeine</i>	96	PRUCLAIR.....	518
Proctocort.....	458, 510	<i>promethazine-dm</i>	86	PRUMYX.....	518
PROCTOFOAM HC.....	458	<i>promethazine-phenylephrine</i>	81	Pruradik.....	461
		Promethegan.....	40, 81, 83	PSORINOHEEL.....	324
		PROMETRIUM.....	430	<i>psyllium husk</i>	54
		PROMISEB.....	485, 518	<i>psyllium husk (with sugar)</i>	53
		PRONAL.....	496	PULMICORT.....	87
				PULMICORT FLEXHALER...	87
				PULMO-AIDE COMPRESSOR.....	692, 810

PULMONEB LT	QELBREE.....410	RADIOGARDASE.....175
COMPRESSOR NEBUL	QFITLIA.....215	RAGWITEK.....309
.....692, 810	QFITLIA PEN.....215	RALDESY.....356
PULMOSAL.....696	QINLOCK.....145	<i>raloxifene</i> 434
PULMOZYME.....98	QLOSI.....899	<i>ramelteon</i> 394
PURAZIL.....479	QNASL.....92	<i>ramipril</i> 212
PURE COMFORT	QTERN.....432	<i>ranolazine</i> 206
LANCETS.....626, 810	QUAKE VIBRATORY PEP	RAPAFLO.....862
PURE COMFORT PEN	692, 811	RAPID SARS-COV-2 AG
NEEDLE.....595, 810	QUALAQUIN.....16	HOME TEST.....560, 811
PURE COMFORT SAFETY	<i>quazepam</i> 369, 390	RAPIDGO FLU AND
LANCETS.....626, 810	QUDEXY XR.....350, 351	COVID-19 TEST.....560, 812
PURE COMFORT SAFETY	<i>quercetin</i> 299	RAPPORT VACUUM
PEN NEEDLE.....595, 810	Questran.....182	THERAPY.....633, 812
PUREAIR MINI NEBULIZER	Questran Light.....182	<i>rasagiline</i> 370
.....692, 810	<i>quetiapine</i> 335, 365	RASUVO (PF).....133
PURECOMFORT PEAK	QUICKVUE AT-HOME	RAVICTI.....876
FLOW METER.....638, 811	COVID-19 TEST.....559, 811	RAYALDEE.....875
PUREVITA ALPHA LIPOIC	QUICKVUE SARS	RAYASAL.....473
ACID.....850	ANTIGEN.....560, 811	RAYOS.....441
PUREVITA FOLIC ACID.....257	QUIDROXZAR.....471	REBIF (WITH ALBUMIN)....455
PUREVITA MAGNESIUM	QUIHOXAXIA.....471	REBIF REBIDOSE.....455
OXIDE.....252	QUIHOXVAR.....471	REBIF TITRATION PACK...455
PUREVITA SUPER B-	QUILLICHEW ER.....383, 384	REBINYN.....232
COMPLEX.....236	QUILLIVANT XR.....384, 385	REBYOTA.....34
PUREVITA VITAMIN A.....268	<i>quinapril</i> 212	RECEDO.....494
PUREVITA VITAMIN B1.....263	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	Reclipsen (28).....165
PUREVITA VITAMIN B12.....257	209	RECOMBINATE.....230
PUREVITA VITAMIN B2.....262	<i>quinidine gluconate</i> 200	RECOMBIVAX HB (PF)
PUREVITA VITAMIN B3.....262	<i>quinidine sulfate</i> 200	318, 319
PUREVITA VITAMIN B5.....262	<i>quinine sulfate</i> 16	RECONSTITUTE.....554, 812
PUREVITA VITAMIN B6.....262	QUINIXIL.....495	RECORLEV.....432
PUREVITA VITAMIN C.....264	QUINJA.....474	RECOTHROM.....217
PUREVITA VITAMIN D3.....238	QUINTET AC.....626, 674, 811	RECOTHROM SPRAY KIT.217
PUREVITA VITAMIN E.....261	QUINTET BLOOD	RECTIV.....457
PURIXAN.....140	GLUCOSE METER.....626, 811	<i>red beet</i> 855
PUSH BUTTON SAFETY	QUINTET GLUCOSE TEST	<i>red beet-sour cherry extract</i> 855
LANCETS.....626, 811	STRIPS.....674, 811	<i>red yeast rice</i> 855
PYLERA.....50	QUIT 2.....326	<i>red yeast rice extract</i> 855
<i>pyrazinamide</i> 23	QUIT 4.....326	REFUAH PLUS.....675, 812
PYRIDIDIUM.....861	QULIPTA.....400	REFUAH PLUS GLUCOSE
<i>pyridostigmine bromide</i> 174, 705	QUTENZA.....461	CONTROL.....626, 812
<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> 263	QUVIVIQ.....367	REFUAH PLUS GLUCOSE
<i>pyrimethamine</i> 16	QVAR REDIHALER.....87	MONITOR.....626, 812
PYRUKYND.....233	<i>rabeprazole</i> 49	REGENECARE.....482
QBRELIS.....212	RADIAGEL.....496	REGENECARE WITH ALOE
QBREXZA.....476	RADIAPLEXRX.....494	483
Q-CARE RX Q2.....693	RADICAVA ORS.....705	REGLAN.....38
Q-CARE RX Q4.....693	RADICAVA ORS STARTER	REGRANEX.....462
QDOLO.....111	KIT SUSP.....705	REGULOID (ASPARTAME)..54

REGULOID (PSYLLIUM HUSK).....	54	REPEL.....	521	RHOFADE.....	523
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO).....	54	REPEL SPORTSMEN.....	521	RHOPRESSA.....	898
REJUVAFLOR.....	76	REPHRESH PRO-B.....	76	<i>ribavirin</i>	3, 27
RELAFEN DS.....	122	REPLENS EXTERNAL COMFORT.....	703	<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	262
RELAGARD.....	704	REPLICARE DRESSING.....	469, 814	<i>ribose</i>	282
RELAX NIGHT CALM.....	395	REPLICARE THIN.....	469, 814	RIDAURA.....	130
RELCARE.....	302	REPLICARE ULTRA DRESSING.....	470, 814	<i>rifabutin</i>	21, 31
RELENZA DISKHALER.....	25	REPOZEN SLEEP AID.....	395	<i>rifampin</i>	21, 31
RELEUKO.....	220	RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC.....	76	RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH.....	627, 814
RELEXXII.....	385	RESPA-AR.....	82	RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM.....	627, 814
RELIAMED LANCET... 626, 812		RESTASIS.....	891	RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE.....	627, 814
RELIAMED MINI LANCING DEVICE.....	626, 812	RESTASIS MULTIDOSE.....	891	RIGHTEST GL300 LANCETS.....	627, 814
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS.....	626, 812	RESTIMO.....	523	RIGHTEST GM550 SYSTEM.....	627, 814
RELIBIOTIC.....	76	RESTORE.....	470, 635, 814	RIGHTEST GS550 TEST STRIPS.....	676, 815
RELION ALL-IN-ONE METER.....	627, 812	RESTORE CALCIUM ALGINATE.....	470	RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER.....	627, 815
RELION CONFIRM.....	627, 812	RESTORE FUSION RENAL SUPPORT.....	284	RIGHTEST GT333 TEST STRIP.....	677, 815
RELION CONFIRM-MICRO.....	675, 813	RESTORE RENAL SUPPORT.....	284	RILUTEK.....	708
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR.....	627, 813	RESTORIL.....	370, 390	<i>riluzole</i>	708
RELION PRIME METER.....	627, 813	RETACRIT.....	221	<i>rimantadine</i>	27
RELION PRIME TEST STRIPS.....	675, 813	RETEVMO.....	149	<i>ringer's</i>	300
RELION ULTIMA.....	676, 813	RETIN-A.....	550	RINVOQ.....	36, 127, 470
RELISTOR.....	174	RETIN-A MICRO.....	550	RINVOQ LQ.....	127
RELIZORB.....	582, 813	RETIN-A MICRO PUMP.....	549, 550	RIOMET.....	422
RELPAK.....	405	RETROVIR.....	20	<i>risedronate</i>	433, 434
RELTONE.....	38	REUSABLE NEBULIZER KIT.....	692, 814	RISPERDAL.....	335, 336, 376
REMEDIENT.....	297	RECVATI.....	179	<i>risperidone</i>	336, 376
REMERON.....	356	REVEAL BLOOD GLUCOSE METER.....	627, 814	RITALIN.....	339, 386
REMERON SOLTAB.....	356	REVEAL TEST STRIP.....	676, 814	RITALIN LA.....	385, 386
REMIFEMIN MENOPAUSE.....	855	REVITAFLO.....	76	RITEFLO AEROCHAMBER.....	692, 815
REMODULIN.....	177	REVLIMID.....	152	<i>ritonavir</i>	28
REMYDA.....	522	REVUFORJ.....	137	<i>rivaroxaban</i>	227
RENACIDIN.....	863	REXTOVY.....	175	<i>rivastigmine</i>	859
RENAMENT.....	284	REXULTI.....	364	<i>rivastigmine tartrate</i>	859
RENEEL.....	324	REYATAZ.....	28	RIVELSA.....	155
RENOVAR.....	467, 700	REYVOW.....	401	RIVFLOZA.....	871
RENTHYROID.....	444	REZDIFFRA.....	102	RIXUBIS.....	232
REVELA.....	870	REZLIDHIA.....	143	<i>rizatriptan</i>	405
<i>repaglinide</i>	415	REZUROCK.....	129	R-NATAL OB.....	265
REPATHA PUSHTRONEX..	190	REZVOGLAR KWIKPEN.....	417	ROAOXIA.....	535
REPATHA SURECLICK.....	190			ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER.....	581, 815
REPATHA SYRINGE.....	190				

ROBINUL.....	41	SAFESNAP INSULIN		<i>saw palmetto</i>	855
ROBINUL FORTE.....	41	SYRINGE.....	595, 815	<i>saw palmetto-zinc picolinate</i>	855
ROCALTROL.....	238, 875	SAFESNAP SYRINGE		SAWYER CONTROLLED	
ROCKLATAN.....	896	.....	576, 577, 816	RELEASE.....	521
<i>roflumilast</i>	88	SAFETY LANCETS.....	627, 816	<i>saxagliptin</i>	451
ROLVEDON.....	220	<i>safety needles</i>	577, 816	<i>saxagliptin-metformin</i>	453
ROMVIMZA.....	145	SAFETY PEN NEEDLE		SCALACORT.....	510
<i>ropinirole</i>	400	.....	595, 816	SCALACORT DK.....	510
Rosadan.....	523	SAFETY SEAL LANCETS		SCARCARE.....	519, 694
ROSADAN.....	523	.....	627, 816	SCARCIN PAD PLUS..	694, 817
ROSITARA.....	523	SAFETY-LET LANCETS		SCARCINPAD.....	694, 817
ROSULA.....	542	.....	627, 816	SCARHEAL.....	694, 817
ROSULA CLEANSING		SAFRYCYN.....	519	SCARSILK.....	694, 817
CLOTHS.....	541	SAFYRAL.....	165	SCARSILK GEL.....	494
<i>rosuvastatin</i>	188	SAIZEN SAIZENPREP.....	448	SCARTRATE.....	494
Rosyras.....	156	Sajazir.....	181	SCEMBLIX.....	145
ROSZET.....	205	SALAGEN (PILOCARPINE)	320	<i>schisandra</i>	855
ROTARIX.....	306, 312	SALICATE.....	473	<i>scopolamine base</i>	50
ROTATEQ VACCINE..	306, 312	<i>salicylic acid</i>	473	SEBUDERM.....	518
ROVIS.....	523	<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>		SECUADO.....	363
ROWASA.....	35	.....	473	SECURESAFE INSULIN	
Roweepra.....	389	SALIMEZ.....	473	SYRINGE.....	595, 817
Roweepra Xr.....	389	SALIMEZ FORTE.....	473	SECURESAFE PEN	
ROXICODONE.....	111	SALIVAMAX.....	321	NEEDLE.....	595, 817
ROXYBOND.....	111	SALOXICIN.....	855	SEGLENTIS.....	116
ROZEREM.....	394	<i>salsalate</i>	119	SEGLUROMET.....	425
ROZLYTREK.....	145	SALVAX.....	473	SELECT-OB.....	247
RUBBER MOUTHPIECE		SALVAX DUO PLUS.....	531	SELECT-OB (FOLIC ACID).	246
.....	692, 815	SALYCIM.....	473	SELECT-OB + DHA.....	247
RUBRACA.....	144	SALYNTRA.....	473	<i>selegiline hcl</i>	370
RUCONEST.....	218	SAMBUCUS ELDERBERRY		<i>selenium</i>	276
<i>rufinamide</i>	353, 354	ORIGINAL.....	855	<i>selenium sulfide</i>	485
RUKOBIA.....	18	SAMBUCUS		<i>selenomethionine</i>	276
RUMILO.....	534	ELDERBERRY-VITAMIN C.	267	SELF-CATHETER, FEMALE	
RYALTRIS.....	81	SAMBUCUS		.....	581, 817
RYBELSUS.....	427	HONEYBERRY NIGHT.....	395	SELZENTRY.....	30
RYDAPT.....	145	SAMI THE SEAL.....	692, 816	SEMGLEE(INSULIN	
RYDEX.....	90	SAMI THE SEAL MASK		GLARGINE-YFGN).....	417
RYLAZE.....	151	.....	692, 817	SEMGLEE(INSULIN	
RYNODERM.....	473	SAMSCA.....	199	GLARG-YFGN)PEN.....	417
RYPLAZIM.....	233	SANADERMRX.....	495	SE-NATAL 19.....	247
RYTARY.....	398	SANCUSO.....	50	SE-NATAL 19 CHEWABLE.	247
SABAL-HOMACCORD.....	324	SANDIMMUNE.....	124, 329	SENIOR PROBIOTIC.....	76
SABRIL.....	354	SANDOSTATIN.....	37, 428	<i>senna leaf</i>	78
<i>saccharin</i>	261	SANTYL.....	496	SENOKOT.....	78
<i>saccharomyces boulardii</i>	76	SAPHRIS.....	336, 363	SENOKOT KIDS.....	78
<i>saccharomyces boulardii-</i>		<i>sapropterin</i>	874	SENOKOT-CHAMOMILE.....	78
<i>yeast</i>	76	SAROXIA.....	547	SENSIPAR.....	431
<i>sacubitril-valsartan</i>	214	SAVAYSA.....	228	SEPHIENCE.....	874
		SAVELLA.....	332, 333, 373	SEREVENT DISKUS.....	95

SERNIVO.....	511	SIMLANDI(CF)		SMARTDIABETES	
SEROQUEL.....	336, 365	AUTOINJECTOR...59, 105, 135		VANTAGE.....	628, 818
SEROQUEL XR.....	336, 365	Simliya (28).....	171	SMARTEST CONTROL	
SEROSTIM.....	448	Simpesse.....	171	.....	628, 818
<i>sertraline</i>	393	SIMPLERA SENSOR..	627, 818	SMARTEST EJECT.....	628, 818
<i>sesame oil</i>	697	SIMPLERA SYNC SENSOR		SMARTEST LANCET..	628, 818
Setlakin.....	165	.....	627, 818	SMARTEST PERSONA	
<i>sevelamer carbonate</i>	870	SIMPLI PEN NEEDLE..	595, 818	GLUCOSE METER.....	628, 818
<i>sevelamer hcl</i>	870	SIMPLY SALINE WOUND		SMARTEST PERSONA	
SEVENFACT.....	232	WASH.....	467	STARTER.....	628, 818
<i>sevoflurane</i>	135	SIMPLYTHICK.....	697	SMARTEST PRONTO	
SEYSARA.....	11, 528	SIMPONI.....	59, 105, 135	GLUCOSE METER.....	628, 819
SF.....	323	SIMPONI ARIA.....	105, 135	SMARTEST PRONTO	
SF 5000 PLUS.....	323	<i>simvastatin</i>	188	STARTER.....	628, 819
SFROWASA.....	35	SINEMET.....	398	SMARTEST PROTEGE	
Sharobel.....	157	SINGLE-LET.....	627, 818	.....	628, 819
SHINGRIX (PF).....	311	SINGULAIR.....	93	SMARTEST SMART CODE	
SIDESTREAM.....	561, 817	SINUSTAR NEBULIZER		METER.....	628, 819
SIDESTREAM MASK..	692, 817	.....	561, 818	SMARTEST TALKING	
SIDESTREAM NEBULIZER		SINUVA.....	80, 95	METER.....	628, 819
.....	561, 817	<i>sirolimus</i>	330	SMARTEST TEST.....	677, 819
SIDESTREAM PLUS...561, 817		SIRTURO.....	15	SMARTNEB	
SIGNIFOR.....	428	SIRVANA.....	547	COMPRESSOR	
SIKLOS.....	234	<i>sitagliptin</i>	451	NEBULIZER.....	692, 819
SILADERM.....	694, 817	SIVEXTRO.....	7	SMOOTH TEXTURE FIBER..	54
SILADONE.....	694, 817	SKIN THERAPY.....	518	SOANZ.....	181
SILASTIC FOLEY		SKY SAFETY PEN NEEDLE		<i>sodium bicarb-sodium</i>	
CATHETER.....	581, 817	.....	595, 818	<i>chloride</i>	698
<i>sildenafil</i>		SKYCLARYS.....	704	<i>sodium chlor 0.9%</i>	
(<i>pulm.hypertension</i>).....	179	SKYLA.....	169	<i>bacteriostat</i>	269, 271
SILENOR.....	401	SKYRIZI.....	55, 459	<i>sodium chloride</i>	
SILICONE MASK.....	692, 817	SKYTROFA.....	448	.....	269, 273, 300, 696
SILICONE MASK - INFANT		SLEEP CALM.....	395	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	267
.....	692, 817	SLEEP IMMUNE HEALTH..	395	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	
SILIGENTLE AG.....	470	SLEEP SUPPORT		.....	267, 269, 271
SILIQ.....	465	(MELATONIN-HERB).....	395	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	
SIL-K.....	694, 817	SLEEP TONITE VALERIAN	847	(<i>flush</i>).....	271
<i>silodosin</i>	862	SLOW FE.....	259	<i>sodium citrate</i>	231
SILTREX.....	694, 817	SLOW RELEASE IRON.....	259	<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i> ..	231
SILVADENE.....	519	SLOWMAG MUSCLE		<i>sodium citrate-citric acid</i>	863
<i>silver nitrate</i>	484	RECOVERY.....	253	SODIUM FLUORIDE 5000	
<i>silver nitrate applicators</i>	531	SLYND.....	157	DRY MOUTH.....	323
<i>silver sulfadiazine</i>	519	SMART SENSE LANCETS		SODIUM FLUORIDE 5000	
SILVRSTAT.....	484	.....	627, 818	PLUS.....	323
SIMBRINZA.....	880	SMART SENSE		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...	323
SIMILAC PRENATAL.....	247	MONITORING SYSTEM		<i>sodium oxybate</i>	342
SIMILAC PROBIOTIC TRI-		.....	627, 818	<i>sodium phenylbutyrate</i>	876
BLEND.....	76	SMART SENSE TEST		<i>sodium polystyrene</i>	
SIMLANDI(CF).....	59, 105, 135	STRIPS.....	677, 818	<i>sulfonate</i>	285
				<i>sodium succinate</i>	697

<i>sodium,potassium,mag</i>		SOVALDI	5	SSD	519
<i>sulfates</i>	58	SOVUNA	16, 125	SSKI	253
SOFDRA	476	SPACE CHAMBER	692, 820	SSS 10-5	542
SOFIA SARS ANTIGEN FIA		SPACE CHAMBER WITH		ST JOSEPH ASPIRIN .	119, 226
.....	560, 819	LARGE MASK	692, 820	<i>st. john's wort</i>	845
SOFIA2 FLU-SARS		SPACE CHAMBER WITH		ST. JOSEPH ASPIRIN	119, 226
ANTIGEN FIA	560, 819	MEDIUM MASK	692, 820	<i>stavudine</i>	20
SOGROYA	448	SPACE CHAMBER WITH		STEGLATRO	424
SOHONOS	704	SMALL MASK	692, 820	STEGLUJAN	432
<i>solifenacin</i>	865	SPECTRACEF	23	STELARA	36, 460
SOLQUA 100/33	427	SPECTRAGEL	470, 820	STEQEYMA	36, 460
SOLOSEC	17	SPECTRAVITE ADULT	279	STERILANCE TL	628, 820
SOLOX GEL	484	SPECTRAVITE ADULT 50		STERILE DROPTAINERS	
SOLTAMOX	154	PLUS	297	.....	557, 820
SOLU-CORTEF ACT-O-		SPECTRAVITE MEN 50		STIMUFEND	220
VIAL (PF)	441	PLUS	297	STIOLTO RESPIMAT	101
SOLUPAK	538	SPECTRAVITE MEN'S	297	STIVARGA	153
SOLUS V2 AUDIBLE		SPECTRAVITE WOMEN ...	279	STOP SMOKING AID	326
METER	628, 819	SPECTRAVITE WOMEN 50		STRATACTX	470, 820
SOLUS V2 CONTROL		PLUS	297	STRATAGRT	470, 820
SOLUTION, LOW	628, 819	SPEEDICATH (FEMALE)		STRATAMARK	519
SOLUS V2 CONTROL		.....	581, 820	STRATATRIZ	519
SOLUTION,HIGH	628, 819	SPEEDYSWAB COVID-19		STRATAXRT	470, 820
SOLUS V2 LANCETS. 628, 819		AND FLU	560, 820	STRATTERA	410
SOLUS V2 LANCING		SPEEDYSWAB COVID-19		STRAVIX	464
DEVICE	628, 819	HOME TEST	560, 820	STRENSIQ	172
SOLUS V2 TEST STRIPS		SPEVIGO	463	STRESS B WITH ZINC	236
.....	678, 820	SPIKEVAX 2024-2025(12Y		STRIBILD	29
SOLUVITA MULTIVITAMIN		UP)(PF)	315	STRIVERDI RESPIMAT	81
FLUORIDE	255	SPIKEVAX 2025-2026(12Y		STROMECTOL	2
SOMA	708	UP)(PF)	315	STRONG IODINE	253, 701
SOMAVERT	423	SPIKEVAX 2025-26 (6M-		STUART ONE	247
SONAFINE	518	11Y) (PF)	315	SUBOXONE	327
SOOLANTRA	523	<i>spinosad</i>	461	Subvenite	347
SOOTHENEB		SPIRIVA RESPIMAT	85	Subvenite Starter (Blue) Kit	
COMPRESSOR		SPIRIVA WITH		.....	338, 347
NEBULIZER	692, 820	HANDIHALER	85	Subvenite Starter (Green)	
SOOTHENEB MESH		<i>spironolactone</i>	199, 211	Kit	338, 347
NEBULIZER	561, 820	<i>spironolacton-</i>		Subvenite Starter (Orange)	
SOOTHING NIGHT	395	<i>hydrochlorothiaz</i>	199	Kit	338, 347
SOPORDREN	395	SPORANOX	15	SUCRAID	46
<i>sorafenib</i>	152	SPRAVATO	356	<i>sucrafate</i>	79
<i>sorbitol</i>	79, 696, 863	SPRAY AND STRETCH	492	SUFLAVE	58
<i>sorbitol-mannitol</i>	863	Sprintec (28)	165	SULAR	195
SORILUX	479	SPRITAM	389	<i>sulconazole</i>	530
SORIXIA	547	SPRIX	122	<i>sulfacetamide sodium</i> ..	485, 899
<i>sotalol</i>	203, 208	SPRYCEL	146	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	
Sotalol Af	203, 208	Sps (With Sorbitol)	285	.....	534
SOTYKTU	463	SPS (WITH SORBITOL)	285	<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	542
SOTYLIZE	204, 208	Sronyx	165		

<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea</i>	523, 542	SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	596, 821	SYNALAR OINTMENT KIT.....	495
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	893	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	596, 821	SYNALAR TS.....	464
SULFACLEANSE 8-4.....	542	SURE RESULT DSS PREMIUM PACK.....	535	SYNAREL.....	448
<i>sulfadiazine</i>	7	SUREBIOTIC.....	76	SYNDROS.....	40, 343, 873
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	4	SURE-FINE PEN NEEDLES.....	596, 821	SYNJARDY.....	425
SULFAMYLON.....	519	SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS.....	629, 822	SYNJARDY XR.....	425
<i>sulfasalazine</i>	35, 129	SUREFLEX LANCING DEVICE.....	629, 822	SYNOJOYNT.....	709
SULFATRIM.....	4	SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	596, 597, 822	SYNOVX CALM.....	847
<i>sulindac</i>	122	SURE-LANCE.....	629, 822	SYNOVX DJD.....	847
SUMADAN.....	542	SURE-LANCE ULTRA THIN.....	629, 822	SYNOVX RECOVERY.....	847
SUMADAN XLT.....	523, 542	SURE-PEN LANCING DEVICE.....	629, 822	SYNOVX RELIEF.....	856
<i>sumatriptan</i>	405	SURE-TEST EASYPLUS MINI.....	629, 678, 822	SYNTERMA PLUS.....	538
<i>sumatriptan succinate</i>	405, 406	SURE-TEST EASYPLUS MINI METER.....	629, 822	SYNTHROID.....	445
<i>sumatriptan-naproxen</i>	404	SURE-TOUCH LANCET.....	629, 822	SYNVISC.....	709
SUMAXIN.....	543	SURGIFOAM.....	217	SYNVISC-ONE.....	709
SUMAXIN CP.....	542	SURGUARD2 SAFETY.....	577, 823	SYPRINE.....	173
<i>sunitinib malate</i>	146	SURVANTA.....	98	<i>syringe (disposable)</i>	577, 823
SUNLENCA.....	1	SUTAB.....	58	SYRINGE 3CC/20GX1".....	577, 823
SUNOSI.....	339	SUTENT.....	146	SYRINGE 3CC/21GX1".....	578, 823
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER.....	693, 821	SWEET OIL.....	695, 697, 698	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2".....	578, 823
SUPARTZ FX.....	709	Syeda.....	165	SYRINGE 3CC/22GX1".....	578, 823
SUPER B-50 COMPLEX.....	236	SYMAX DUOTAB.....	46, 866	SYRINGE 3CC/22GX3/4".....	578, 824
SUPER ENERGY HERBAL COMPLEX.....	855	SYMAX FASTABS.....	46, 866	SYRINGE 3CC/25GX1".....	578, 824
SUPER THIN LANCETS.....	628, 821	SYMAX-SL.....	46, 866	SYRINGE AVITENE.....	217
SUPERIOR JOINT SUPPORT.....	846	SYMAX-SR.....	46, 866	<i>syringe with needle</i>	578, 824
SUPERIOR MEN'S MULTI.....	297	SYMBICORT.....	102	SYRINGE WITHOUT NEEDLE.....	578, 824
SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D.....	203	SYMBRAVO.....	331	SYZYGIUM COMPOSITUM.....	324
SUPERIOR PROBIOTIC.....	76	SYMDEKO.....	94	SZOSIL.....	695, 824
SUPERIOR SLEEP.....	395	SYMFI.....	30	T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING.....	554, 637, 824
SUPERIOR WOMEN'S MULTI.....	298	SYMFI LO.....	30	T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG.....	637, 824
SUPLENA CARB STEADY.....	284	SYMLINPEN 120.....	426	T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR.....	637, 824
SUPRANE.....	135	SYMLINPEN 60.....	426	T.R.U.E. TEST ALLERGEN.....	314
SUPRAX.....	23	SYMPAZAN.....	370, 371	T:FLEX.....	554, 824
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	58	SYMPROIC.....	174	T:SLIM X2.....	554, 824
SURE COMFORT INS.....		SYMPTUZA.....	17	T:SLIM X2 BASAL-IQ.....	635, 824
SYR. U-100.....	595, 821	SYNALAR.....	511	T:SLIM X2 CONTROL-IQ.....	635, 824
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	596, 821	SYNALAR CREAM KIT.....	495	TAB-A-VITE.....	279
SURE COMFORT LANCING PEN.....	629, 821				

TAB-A-VITE MULTIVITAMIN		TEGLUTIK.....	708
W-IRON.....	279, 298	TEGRETOL.....	338, 349
TABLOID.....	140	TEGRETOL XR.....	338, 350
TABRECTA.....	146	TEKTRNA.....	206
TACLONEX.....	529	TELCARE CONTROL..	629, 826
<i>tacrolimus</i>	329, 514	TELCARE LANCETS..	629, 826
<i>tadalafil</i>	412, 872	TELCARE TEST STRIPS	
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>		.....	678, 826
.....	179	TELIORA.....	493
TADLIQ.....	179	<i>telmisartan</i>	184
TAFINLAR.....	146	<i>telmisartan-amlodipine</i>	206
<i>tafluprost (pf)</i>	897	<i>telmisartan-</i>	
TAGRISIO.....	152	<i>hydrochlorothiazid</i>	197
TAKE ACTION.....	155, 157	<i>temazepam</i>	370, 390
TAKHZYRO.....	211	TEMBEXA.....	3
TALICIA.....	51	<i>temozolomide</i>	139
TALTZ AUTOINJECTOR.....	465	TEMPO REFILL KIT WITH	
TALTZ AUTOINJECTOR (2		GAUZE.....	629, 826
PACK).....	465	TEMPO SMART BUTTON	
TALTZ AUTOINJECTOR (3		.....	554, 826
PACK).....	465	TEMPO WELCOME KIT	
TALTZ SYRINGE.....	465	.....	629, 826
TALZENNA.....	144	Tencon.....	130
TAMIFLU.....	25, 26	TENIVAC (PF).....	309, 310
<i>tamoxifen</i>	154	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	
<i>tamsulosin</i>	862	.....	19, 32
TANDEM MOBI AUTOSOFT		TENORETIC 100.....	192
30 KT 23".....	684, 824	TENORETIC 50.....	192
TANDEM MOBI AUTOSOFT		TENORMIN.....	198
XC KIT 5".....	684, 824	TENS 502.....	554, 826
TANDEM MOBI AUTOSOFT		TENS 504.....	554, 827
XC KT 23".....	684, 824	TENSCARE ITOUCH SURE	
TANDEM MOBI		.....	555, 827
AUTOSOFT30 14PK 23		TEPMETKO.....	146
.....	684, 825	<i>terazosin</i>	213
TANDEM MOBI		<i>terbinafine hcl</i>	15
AUTOSOFTXC 14PK 23		<i>terbutaline</i>	97
.....	684, 825	<i>terconazole</i>	703
TANDEM MOBI		<i>teriflunomide</i>	454
AUTOSOFTXC 14PK 5"		<i>teriparatide</i>	414
.....	684, 825	Terrell.....	135
TANDEM MOBI SYSTEM		TERSI FOAM.....	485
.....	635, 825	TERUMO ALLERGY	
TANDEM MOBI TRUSTEEL		SYRINGE.....	578, 827
KIT 23".....	684, 825	TERUMO HYPODERMIC	
TANDEM T:SLIM ASFT 30		NEEDLE/SYRIN.....	578, 827
PK10 23".....	684, 825	TERUMO INSULIN	
TANDEM T:SLIM ASFT 30		SYRINGE.....	597, 827
PK14 23".....	684, 825	TERUMO SYRINGE....	578, 827
TANDEM T:SLIM ASFT XC			
PK10 23".....	684, 825		
TANDEM T:SLIM ASFT XC			
PK14 23".....	684, 825		
TANDEM T:SLIM TRUSTL			
PK10 23".....	684, 825		
Tanlor.....	708		
Taperdex.....	442		
TAPERDEX.....	442		
TARCEVA.....	151		
TARDEOXIA.....	545		
TARDIMAXIA.....	547		
Targadox.....	12		
TARGRETIN.....	153, 481		
Tarina 24 Fe.....	165		
Tarina Fe 1/20 (28).....	166		
Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	166		
TARON-C DHA.....	298		
TARON-PREX PRENATAL-			
DHA.....	247, 279		
TAROXIA.....	547		
TARPEYO.....	442		
TASCENSO ODT.....	456		
TASIGNA.....	146		
<i>tasimelteon</i>	394		
TASMAR.....	366		
<i>tavaborole</i>	518		
TAVALISSE.....	234		
TAVNEOS.....	123		
TAYTULLA.....	166		
<i>tazarotene</i>	479, 521, 550		
TAZORAC.....	479		
TAZVERIK.....	149		
TD GOLD LEVEL 1			
CONTROL.....	629, 825		
TD GOLD LEVEL 2			
CONTROL.....	629, 825		
TECFIDERA.....	457		
TECHLITE INSULIN			
SYRINGE.....	597, 825		
TECHLITE INSULN			
SYR(HALF UNIT).....	597, 825, 826		
TECHLITE LANCETS..	629, 826		
TECHLITE PEN NEEDLE			
.....	597, 826		
TECHLITE PLUS PEN			
NEEDLE.....	597, 826		
TECHNA NAT UNSWT			
TROCHE BASEG2.....	695, 698		
TECNU.....	527		

TEST N'GO BLOOD	THRESHOLD PEP DEVICE	<i>tobramycin</i> 94, 878
GLUCOSE SYSTEM... 629, 827	 693, 828	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ... 94
TEST N'GO TEST 679, 828	THRIVITE RX..... 248	<i>tobramycin with nebulizer</i> 94
TESTIM..... 422	THROMBI-GEL..... 217	<i>tobramycin-dexamethasone</i> 893
TESTOPLEX PLUS..... 856	THROMBIN-JMI..... 217	<i>tobramycin-vancomycin</i>
<i>testosterone</i> 422, 423	THROMBI-PAD..... 217	 878, 879, 882
<i>testosterone cypionate</i> 422	THYQUIDITY..... 445	TOBREX..... 878
<i>testosterone enanthate</i> 422	<i>thyroid (pork)</i> 444	TOLAK..... 525
TETOXIA..... 493	Tiadylt Er..... 194	<i>tolcapone</i> 366
<i>tetrabenazine</i> 402, 409	<i>tiagabine</i> 362	<i>tolmetin</i> 122
<i>tetracaine hcl</i> 895	TIAZAC..... 194	TOLSURA..... 15
<i>tetracaine hcl (pf)</i> 895	TIBSOVO..... 143	<i>tolterodine</i> 867
<i>tetracycline</i> 12	<i>ticagrelor</i> 225	<i>tolvaptan</i> 199, 200
Texacort..... 511	TICANASE..... 92	<i>tolvaptan (polycys kidney</i>
TEZRULY..... 213	TIGLUTIK..... 708	<i>dis)</i> 870
TEZSPIRE..... 88	TIKOSYN..... 183	TOOMEY SYRINGE... 578, 828
THALITONE..... 200	Tilia Fe..... 168	TOPAMAX..... 351
THALOMID..... 26, 152	<i>timol-brimon-dorzol-</i>	TOPCARE CLICKFINE 598, 828
THEO-24..... 100	<i>bimato(pf)</i> 891	TOPCARE ULTRA
<i>theophylline</i> 100	<i>timolol</i> 885	COMFORT 598, 828, 829
THERABREATH..... 320	<i>timolol maleate</i> 208, 885	TOPCARE UNIVERSAL1
THERABREATH DRY	<i>timolol maleate (pf)</i> 885	LANCET 629, 829
MOUTH..... 320	<i>timolol-bimatoprost</i> 895	Topicort..... 511
THERAHONEY 470, 828	<i>timolol-brimon-dorzol-</i>	TOPICORT 511, 512
THERA-M..... 298	<i>bimatop</i> 891	<i>topiramate</i> 351, 352
THERANATAL..... 247	<i>timolol-brimonidi-</i>	TOPROL XL..... 198
THERANATAL COMPLETE 247	<i>dorzolam(pf)</i> 892	<i>toremifene</i> 154
THERANATAL ONE..... 247	<i>timolol-brimonidine-</i>	TORONOVA II SUIK..... 122
THERANATAL OVAVITE... 265	<i>dorzolamid</i> 892	TORONOVA SUIK..... 122
THERANATAL PLUS..... 247	<i>timolol-dorzolam-</i>	Torpenz..... 147
THERAPEUTIC	<i>bimatopro(pf)</i> 892	<i>torsemide</i> 181
MOISTURIZING CREAM... 518	<i>timolol-dorzolamide-</i>	TOSYMRA..... 406
THERAPEUTIC-M..... 298	<i>bimatopros</i> 892	TOTALVISC..... 886
THERA-VITE MAX-M..... 298	TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 885	TOUCH-TROL..... 581, 829
THEREMS MULTIVITAMIN 279	<i>tinidazole</i> 17	TOUJEO MAX U-300
<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> 263	<i>tiopronin</i> 862	SOLOSTAR..... 417
<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>	<i>tiotropium bromide</i> 85	TOUJEO SOLOSTAR U-300
..... 263	TIROSINT 445	INSULIN..... 417
THICK AND EASY 697	TIROSINT-SOL..... 446	Tovet Emollient..... 512
THIN LANCETS..... 629, 828	TISSEEL VHSD	TOVET KIT 495
THINPRO INSULIN	(APROTININ, SYN)..... 472	TOVIAZ..... 867
SYRINGE..... 597, 598, 828	TIVICAY..... 21	TPOXX (NATIONAL
THIOLA..... 862	TIVICAY PD..... 21	STOCKPILE)..... 3
THIOLA EC..... 862	<i>tizanidine</i> 708	TRACLEER..... 204
<i>thioridazine</i> 344	TLANDO..... 423	TRADJENTA..... 451
<i>thiothixene</i> 366	TM-VITE RX..... 236	<i>tramadol</i> 111, 112
THRESHOLD IMT TRAINER	TOBI..... 94	<i>tramadol-acetaminophen</i>
..... 693, 828	TOBI PODHALER..... 94	 116, 127
	TOBRADEX..... 893	<i>trandolapril</i> 212
	TOBRADEX ST..... 893	<i>trandolapril-verapamil</i> 209

<i>tranexamic acid</i>	225	TRIKAFTA.....	94	TRUE COMFORT PEN	
TRANSDERM-SCOP	50	Tri-Legest Fe.....	168	NEEDLE.....	598, 829
<i>tranylcypromine</i>	377	TRILEPTAL.....	350	TRUE COMFORT PRO INS	
TRANZAREL.....	483	Tri-Linyah.....	168	SYRINGE.....	598, 599, 829
TRAVATAN Z.....	897	TRILOAN II SUIK.....	442	TRUE COMFORT SAFE	
<i>travoprost</i>	897	TRILOAN SUIK.....	442	INSULIN SYRG.....	599, 830
<i>trazodone</i>	357	Tri-Lo-Estarylla.....	168	TRUE COMFORT SAFETY	
TRECTOR.....	23	Tri-Lo-Marzia.....	168	PEN NEEDLE.....	599, 830
TRELEGY ELLIPTA.....	88	Tri-Lo-Mili.....	168	TRUE COVER CONDOM	
TREMFYA.....	55, 460	Tri-Lo-Sprintec.....	168	.....	555, 830
TREMFYA ONE-PRESS		TRI-LUMA.....	491	TRUE METRIX AIR	
.....	55, 459	TRILURON.....	710	GLUCOSE METER.....	630, 830
TREMFYA PEN.....	55, 460	<i>trimethobenzamide</i>	39	TRUE METRIX GLUCOSE	
TREMFYA PEN		<i>trimethoprim</i>	5	METER.....	630, 830
INDUCTION PK-CROHN.....	55	Tri-Mili.....	168	TRUE METRIX GLUCOSE	
<i>treprostinil sodium</i>	177	<i>trimipramine</i>	374	TEST STRIP.....	679, 830
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIMO-SAN JELLY.....	704	TRUE METRIX GO	
100.....	418	TRINATAL RX 1.....	248	GLUCOSE METER.....	630, 830
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRINATE.....	248	TRUE METRIX LEVEL 1	
200.....	418	TRINTELLIX.....	393	.....	630, 830
TRESIBA U-100 INSULIN...	418	TRIONEX.....	479	TRUE METRIX LEVEL 2	
TRESNI.....	120	TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	203	.....	630, 830
<i>tretinoin</i>	550	Tri-Sprintec (28).....	168	TRUE METRIX LEVEL 3	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	148	TRISTART DHA.....	248	.....	630, 831
<i>tretinoin microspheres</i>	550	TRIUMEQ.....	18	TRUE2GO BLOOD	
TRETEN.....	233	TRIUMEQ PD.....	18	GLUCOSE SYSTEM... 630, 831	
TREXALL.....	133, 140	TRIVIA COMPLETE.....	279	TRUEDRAW LANCING	
<i>triacetin</i>	484	TRIVISC.....	710	DEVICE.....	630, 831
<i>triamcinolone acetonide</i>		TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-		TRUEPLUS INSULIN.. 599, 831	
.....	320, 442, 512	FLUORIDE.....	255	TRUEPLUS KETONE..682, 831	
<i>triamterene</i>	192	Trivora (28).....	168	TRUEPLUS LANCETS 630, 831	
<i>triamterene-</i>		Tri-Vylibra.....	168	TRUEPLUS PEN NEEDLE	
<i>hydrochlorothiazid</i>	199	Tri-Vylibra Lo.....	168	.....	599, 831
Trianex.....	512	TROJAN ULTRA RIBBED		TRUERESULT BLOOD	
TRIASIL.....	512	CONDOM.....	555, 829	GLUCOSE SYSTM.....	630, 831
<i>triazolam</i>	370, 390	TROKENDI XR.....	352	TRUETEST TEST STRIPS	
TRIBENZOR.....	193	<i>tropicamide</i>	886	.....	679, 831
TRICARE.....	248	<i>trospium</i>	867	TRUETRACK BLOOD	
TRI-CHLOR.....	473	TRUBIOTICS.....	77	GLUCOSE SYSTEM... 630, 832	
<i>trichloroacetic acid</i>	474	TRUBIOTICS BABY.....	76	TRUETRACK SMART	
TRICITRATES.....	863	TRUBIOTICS GUMMY.....	77	SYSTEM.....	630, 832
TRICOR.....	191	TRUBIOTICS KIDS		TRUETRACK TEST ...	680, 832
Triderm.....	512	CHEWABLE.....	77	TRULANCE.....	38, 51
<i>trientine</i>	173	TRUBIOTICS KIDS GUMMY..	77	TRULICITY.....	427
Tri-Estarylla.....	168	TRUDHESA.....	407	TRUMENBA.....	314
TRIFERIC.....	259	TRUE COMFORT INSULIN		TRUQAP.....	136
<i>trifluoperazine</i>	344	SYRINGE.....	598, 829	TRUSKIN.....	464
<i>trifluridine</i>	880	TRUE COMFORT LANCET		TRUSTEEL INFUSION SET	
<i>trihexyphenidyl</i>	402	.....	629, 829	23".....	684, 832
TRIJARDY XR.....	446				

TRUSTEEL INFUSION SET	TYBLUME.....166	ULTILET LANCETS.....631, 835
32"..... 685, 832	TYBOST..... 877	ULTILET PEN NEEDLE
TRUSTEX LATEX	Tydemy..... 166	601, 835
CONDOM..... 556, 832	TYENNE..... 128	ULTILET SAFETY
TRUSTEX LUBRICATED	TYENNE AUTOINJECTOR..... 128	LANCETS..... 631, 835
CONDOMS..... 556, 832	TYKERB..... 152	ULTIMA MONITOR..... 631, 835
TRUSTEX NON-LUB	TYMLOS..... 414	ULTIMA TEST STRIPS
CONDOMS..... 556, 832	TYREX-2..... 282	680, 835
TRUSTEX-RIA	TYRVAYA..... 97	ULTRA B-100 COMPLEX
LUB/SPERMICIDE..... 556, 832	TYVASO..... 178	(FOODBASE)..... 236
TRUSTEX-RIA	TYVASO DPI..... 178	ULTRA BONEUP..... 251
LUBRICATED CONDOMS	TYVASO INSTITUTIONAL	ULTRA CMFT INS SYR
..... 556, 832	START KIT..... 178	(HALF UNIT)..... 601, 835
TRUSTEX-RIA NON-LUB	TYVASO REFILL KIT..... 178	ULTRA COMFORT INSULIN
CONDOMS..... 556, 832	TYVASO STARTER KIT..... 178	SYRINGE..... 601, 836
TRUVADA..... 19	UBRELVY..... 401	ULTRA FLO INSUL
TRUZONE PEAK FLOW	UCERIS..... 62	SYR(HALF UNIT)..... 602, 836
METER..... 638, 832	UDENYCA..... 220	ULTRA FLO INSULIN
TRYNGOLZA..... 176, 189	UDENYCA	SYRINGE..... 602, 836
TRYPTYR..... 878	AUTOINJECTOR..... 220	ULTRA FLO PEN NEEDLE
TRYVIO..... 176	UDENYCA ONBODY..... 220	602, 836
TUBERCULIN SYRINGE	ULESFIA..... 461	ULTRA MOISTURE..... 518
..... 578, 832, 833	ULORIC..... 857	ULTRA PRENATAL PLUS
<i>tuberculin-allergy syringes</i>	ULTANE..... 135	DHA..... 248
..... 579, 833	ULTICARE..... 579, 600, 834	ULTRA THIN II LANCETS
TUDORZA PRESSAIR..... 85	ULTICARE INSULIN	631, 836
TUKYSA..... 149	SYRINGE..... 599, 600, 833	ULTRA THIN LANCETS
Tulana..... 157	ULTICARE INSULN	631, 836
TULIVITE..... 261	SYR(HALF UNIT)..... 600, 833	ULTRA THIN PEN NEEDLE
TURALIO..... 146	ULTICARE LOW DEAD	602, 836
<i>turmeric root extract</i> 856	SPACE SYRING..... 579, 833	ULTRA THIN PLUS
<i>turmeric root ext-sour cherry</i> 856	ULTICARE PEN NEEDLE	LANCETS..... 631, 836
<i>turmeric root-ginger root ext</i> 856	600, 833	ULTRA TLC LANCETS 631, 837
<i>turmeric-ginger-black pepper</i>	ULTICARE SAFETY PEN	ULTRACARE INSULIN
..... 856	NEEDLE..... 600, 833	SYRINGE..... 602, 837
<i>turmeric-turmeric ext-pepper</i>	ULTICARE SAFETY	ULTRA-CARE LANCETS
..... 856	SYRINGE..... 579, 833, 834	631, 837
<i>turmeric-turmeric root extract</i>	ULTICARE TB SAFETY	ULTRACARE PEN NEEDLE
..... 856	SYRINGE..... 579, 834	602, 837
Turqoz (28)..... 166	ULTIGUARD SAFEPACK-	ULTRA-FINE INS SYR
TUXARIN ER..... 96	INSULIN SYR..... 600, 834	(HALF UNIT)..... 602, 837
TWIIIST REFILL KT(CSST-	ULTIGUARD SAFEPACK-	ULTRA-FINE INSULIN
NDL-SYR)..... 634, 833	PEN NEEDLE..... 600, 834	SYRINGE..... 602, 603, 837
TWIIIST RFL(INFUS-CSST-	ULTI-LANCE..... 630, 834	ULTRA-FINE PEN NEEDLE
NDL-SYR)..... 634, 833	ULTILET BASIC LANCETS	603, 837
TWIIIST STARTER KIT 634, 833	630, 834	ULTRAFOAM..... 217
TWINRIX (PF)..... 308	ULTILET CLASSIC	ULTRALANCE LANCETS
TWIRLA..... 169	LANCETS..... 630, 835	631, 837
TWIST LANCETS..... 630, 833	ULTILET INSULIN	ULTRASAL-ER..... 474
TWYNEO..... 547	SYRINGE..... 601, 835	

ULTRA-THIN II (SHORT)		UNISTIK 3 COMFORT		UROCIT-K 10.....	863
INS SYR.....	603, 838	LANCET.....	632, 840	UROCIT-K 15.....	864
ULTRA-THIN II (SHORT)		UNISTIK 3 EXTRA LANCET		UROGESIC-BLUE.....	33, 867
PEN NDL.....	603, 838	.....	632, 840	URO-MP.....	33, 868
ULTRA-THIN II INS PEN		UNISTIK 3 GENTLE....	632, 840	UROQID-ACID NO.2....	34, 864
NEEDLES.....	603, 838	UNISTIK 3 NORMAL		URO-SP.....	33, 868
ULTRA-THIN II INSULIN		LANCET.....	632, 840	UROXATRAL.....	862
SYRINGE.....	603, 838	UNISTIK COMFORT		URSO FORTE.....	38
ULTRA-THIN II LANCETS		LANCETS.....	632, 840	<i>ursodiol</i>	38
.....	631, 838	UNISTIK CZT LANCET		URL.....	33, 867
ULTRATRAK.....	680, 839	.....	632, 840	VAFSEO.....	214
ULTRATRAK GLUCOSE		UNISTIK EXTRA LANCETS		VAGIFEM.....	702
METER.....	631, 838	.....	632, 840	VAGINAL	
ULTRATRAK HIGH-LOW		UNISTIK NORMAL		CONTRACEPTIVE FILM....	172
CONTROL.....	631, 838	LANCETS.....	632, 840	<i>valacyclovir</i>	14
ULTRATRAK NORMAL		UNISTIK PRO LANCET		VALCHLOR.....	461
CONTROL.....	631, 838	.....	632, 841	VALCYTE.....	1
ULTRATRAK ULTIMATE		UNISTIK SAFETY.....	632, 841	<i>valerian</i>	856
.....	631, 681, 839	UNISTIK TOUCH LANCETS		<i>valerian root</i>	856
ULTRAVATE.....	480, 513	.....	632, 841	<i>valganciclovir</i>	1
UNIFINE OTC PEN		UNISTRIP LOW CONTROL		VALINE 1000.....	239
NEEDLE.....	603, 839	.....	632, 841	VALINE AMINO ACID	
UNIFINE PENTIPS.....	604, 839	UNISTRIP1 TEST STRIP		SUPPLEMENT.....	239
UNIFINE PENTIPS		.....	681, 841	VALIUM.....	370, 392
MAXFLOW.....	603, 839	UNITHROID.....	446	<i>valproic acid</i>	338, 359
UNIFINE PENTIPS PLUS		UNIVERSAL 1 LANCETS		<i>valproic acid (as sodium</i>	
.....	604, 840	.....	632, 841	<i>salt)</i>	338, 359
UNIFINE PENTIPS PLUS		UNZDOMDIOXIAZAR.....	545	<i>valsartan</i>	184
MAXFLOW.....	604, 839	UP4 PROBIOTICS KIDS		<i>valsartan-</i>	
UNIFINE PROTECT....	604, 840	CUBES.....	77	<i>hydrochlorothiazide</i>	197
UNIFINE SAFECONTROL		UP4 PROBIOTICS MEN'S....	77	VALTOCO.....	370, 371
PEN NEEDLE.....	604, 840	UP4 PROBIOTICS PLUS		VALTREX.....	14
UNIFINE ULTRA PEN		PREBIOTIC.....	77	Valtya.....	166
NEEDLE.....	604, 840	UP4 PROBIOTICS ULTRA....	77	Vanadom.....	708
UNILET COMFORTOUCH		UP4 PROBIOTICS		VANOCOCIN.....	26
LANCET.....	631, 840	WOMEN'S.....	77	<i>vancomycin</i>	26
UNILET GP LANCET..	631, 840	UP4 PROBIOTICS-		VANDAZOLE.....	703
UNILET LANCET.....	631, 840	PREBIOTICS KIDS.....	77	VANFLYTA.....	147
UNILET LANCETS.....	631, 840	UPNEEQ (PF).....	898	VANISHPOINT INSULIN	
UNILET SUPER THIN		UPTRAVI.....	179	SYRINGE.....	604, 841
LANCETS.....	631, 840	URAMAXIN.....	474	VANISHPOINT SYRINGE	
UNISOM SIMPLE		URAMAXIN GT.....	474, 496	.....	579, 580, 604, 841, 842
SLUMBERS.....	395	<i>urea</i>	474, 496	VANISHPOINT	
UNISPEND ANHYDROUS		UREA NAIL STICK.....	474	TUBERCULIN SYRINGE	
SWEET.....	696	UREAPRO.....	197	.....	580, 842
UNISTIK 2 DEVICE....	631, 840	URELLE.....	33, 868	VANOS.....	513
UNISTIK 2 EXTRA LANCET		URETRON D-S.....	33, 868	VANOXIDE-HC.....	545
.....	631, 840	URIBEL TABS.....	33, 868	VANRAFIA.....	176
UNISTIK 2 NORMAL		URIMAR-T.....	33, 868	VAPRO PLUS INTERMITT	
LANCET.....	632, 840	URNEVA.....	33, 868	CATHETER.....	581, 842

VAQTA (PF).....	315, 316	VEOZAH.....	412	VIOS AEROSOL DELIVERY	
VARDIMAXIA.....	547	<i>verapamil</i>	195, 198	SYSTEM.....	693, 843
<i>varenicline tartrate</i>	328	VERDESO.....	513	VIRACEPT.....	28
VARISOFT INFUSION SET		VEREGEN.....	515	VIRAGRAPHIS.....	856
23".....	685, 842	VERIFINE INSULIN		VIRASAL.....	474
VARISOFT INFUSION SET		SYRINGE....	604, 605, 842, 843	VIRAZOLE.....	3
32".....	685, 842	VERIFINE PEN NEEDLE		VIREAD.....	20, 32
VARISOFT INFUSION SET		.....	605, 843	VISCO-3.....	710
43".....	685, 842	VERIFINE PLUS PEN		VISION HEALTH.....	850
VARITHENA		NEEDLE.....	605, 843	VISION OPTIMIZER....	298, 850
ADMINISTRATION PACK		VERIFINE PLUS PEN		VISTA ADVANCED	
.....	582, 842	NEEDLE-SHARP.....	605, 843	AREDS2.....	298, 850
VARIVAX (PF).....	306, 311	VERIFINE SAFETY		VISTA MEIBO EYELID	
VAROPHEN		LANCET MINI.....	632, 843	CLEANSING.....	526
(DICLOFENAC).....	535	VERIFINE UNIVERSAL		VISTASEAL-FIBRIN	
VAROXIA.....	547	LANCET.....	632, 843	SEALANT.....	224
VARUBI.....	39	Veripred 20.....	442	VISTOGARD.....	150
VASCEPA.....	189	VERKAZIA.....	891	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i>	254
VASELINE WHITE		VERQUVO.....	182	<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i>	236
PETROLEUM.....	520	VERSACLOZ.....	364	<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i>	856
VASERETIC.....	209	VERTIGOHEEL.....	324	VITABEX IRON.....	261
VASHE.....	467	VERZENIO.....	150	VITAFOL FE PLUS.....	248
VASOTEC.....	212	VESICARE.....	865	VITAFOL FE+ (WITH	
VAXCHORA VACCINE	306, 307	VESICARE LS.....	865	DOCUSATE).....	248
VAXNEUVANCE (PF).....	307	Vestura (28).....	166	VITAFOL GUMMIES.....	265
VCF CONTRACEPTIVE		VEVEN.....	514	VITAFOL ULTRA.....	248
FILM.....	172	VEVYE.....	891	VITAFOL-OB.....	248
VCF CONTRACEPTIVE		VFEND.....	15	VITAFOL-OB+DHA.....	248
GEL.....	172	V-GO 20.....	634, 843	VITAFOL-ONE.....	248
VECAMYL.....	195	V-GO 30.....	634, 843	VITAFUSION PRENATAL...	298
VECTICAL.....	480	V-GO 40.....	634, 843	VITAJOY ADULT MULTI....	298
VEGETARIAN BONEUP....	251	VIBERZI.....	37, 54	VITAJOY BIOTIN.....	267
VEKLURY.....	31	VIBRANT.....	554, 843	VITAJOY DAILY C.....	264
Velivet Triphasic Regimen		VIBRANT STARTER KIT		VITAL AF 1.2 CAL.....	284
(28).....	168	.....	554, 843	VITAL PEPTIDE 1.5 CAL....	284
VELPHORO.....	870, 871	VICTOZA 2-PAK.....	427	VITALVASC.....	856
VELSIPITY.....	55	VICTOZA 3-PAK.....	427	VITAMEDMD ONE RX.....	248
VELTASSA.....	285	VIEKIRA PAK.....	5	<i>vitamin a</i>	268
VEMLIDY.....	32	Vienva.....	166	<i>vitamin a palmitate</i>	268
VENCLEXTA.....	143	<i>vigabatrin</i>	354	<i>vitamin b complex</i>	302
VENCLEXTA STARTING		Vigadrone.....	354	VITAMIN B COMPLEX-	
PACK.....	143	VIGAFYDE.....	354	ELECTROLYTES.....	236
VENELEX.....	466	VIGAMOX.....	879	<i>vitamin b12-folic acid</i>	301
<i>venlafaxine</i>	373, 374	Vigpoder.....	355	VITAMIN C FIZZY DRINK...	267
<i>venlafaxine besylate</i>	373	VIIBRYD.....	355	VITAMIN C WITH ROSE	
VENNGEL II.....	477	VIJOICE.....	875	HIPS.....	264
VENNGEL ONE.....	477	<i>vilazodone</i>	356	Vitamin D2.....	238
VENTAVIS.....	178	VIMPAT.....	345	<i>vitamin d2-vitamin k1</i>	301
VENTOLIN HFA.....	96	VIOKACE.....	61	<i>vitamin d3-vitamin k2</i>	301
Venxxiva.....	862	Viorele (28).....	171	<i>vitamin e (dl, acetate)</i> ..	261, 496

<i>vitamin e acetate (bulk)</i>	261, 698	VOXZOGO.....	431	WHYTEDERM SURGIPAK.....	466
<i>vitamin e-safflower oil</i>	518	VOYDEYA.....	215, 231	WHYTEDERM TDKAK.....	495
<i>vitamin e-vitamins a and d</i>	518	VP-CH-PNV.....	249	WHYTEDERM TRILASIL	
VITAMIN K.....	299	VRAYLAR.....	336, 411	PAK.....	495
Vitamin K1.....	299	VTAMA.....	480	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>vitamin k2</i>	300	VUITY.....	899	60.....	556, 844
<i>vitamin k2 (mk-4)</i>	299	VUMERITY.....	457	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VITRAKVI.....	142	VUSION.....	531	65.....	556, 844
VITREXYL.....	298	VYALEV.....	398	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VITREXYL PLUS IRON.....	298	Vyfemla (28).....	166	70.....	556, 844
VITRON-C.....	261	VYKAT XR.....	872	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		Vylibra.....	166	75.....	556, 844
SOLN-L1,2,3.....	632, 843	VYNDAMAX.....	413	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		VYNDAREL.....	413	80.....	556, 844
SOLN-L1,L3.....	632, 843	VYTONK.....	484	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		VYTORIN 10-10.....	205	85.....	557, 845
SOLN-L2.....	632, 844	VYTORIN 10-20.....	205	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO		VYTORIN 10-40.....	205	90.....	557, 845
GLUCOSE METER.....	632, 844	VYTORIN 10-80.....	205	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO SMART		VYVANSE.....	386	95.....	557, 845
GLUC METER.....	633, 844	VYVGART HYTRULO.....	706	WILATE.....	230
VIVAGUARD INO TEST		VYZULTA.....	897	WILLIS THE WHALE	
STRIP.....	681, 844	WAINUA.....	413	COMPRESSR NEB.....	693, 845
VIVAGUARD LANCET.....	633, 844	WAKIX.....	338	WINLEVI.....	459
VIVAGUARD LANCING		<i>warfarin</i>	221	WINREVAIR.....	176
DEVICE.....	633, 844	<i>water for irrigation, sterile</i>	300	WINTERGREEN OIL.....	461
VIVAGUARD SAFETY		WAYRILZ.....	234	Wixela Inhub.....	102
LANCET.....	633, 844	WAYZEN.....	496	WOMEN'S 50 PLUS	
VIVELLE-DOT.....	438	WEEKLY-D.....	238	ADVANCED.....	299
VIVJOA.....	14	WEGOVY.....	873	WOMENS DAILY GUMMIES	
VIVONEX PEDIATRIC.....	284	WELCHOL.....	182	.....	299
VIVOTIF.....	306	WELERIS.....	496	WOMEN'S DAILY	
VIZIMPRO.....	151	WELIREG.....	149	MULTIVITAMIN.....	279, 299
VIZZ.....	899	WELLBUTRIN SR.....	358	WOMEN'S MULTIVITAMIN	
VOGELXO.....	423	WELLBUTRIN XL.....	358	COLLAGEN.....	299
Volnea (28).....	171	WELLFOLA.....	298	WOMEN'S PRENATAL	
VONJO.....	148	WELLPRO-31.....	77	PLUS DHA.....	249
VONVENDI.....	223	Wera (28).....	166	WOUNDGELHA MATRIX.....	494
VOQUEZNA.....	34	WESCAP-C DHA.....	299	WPR PLUS.....	538
VOQUEZNA DUAL PAK.....	54	WESCAP-PN DHA.....	279	Wymzya Fe.....	166
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	54	WESCAPS.....	236	WYNZORA.....	529
VORANIGO.....	137	WESNATAL DHA		XACIATO.....	701
<i>voriconazole</i>	15	COMPLETE.....	249	XADAGO.....	370
VORTEX HOLDING		WESNATE DHA.....	249	XALATAN.....	897
CHAMBER.....	693, 844	WES-PHOS 250 NEUTRAL		XALIX.....	474
VORTEX VHC PEDIATRIC		.....	280, 865	XALKORI.....	142, 143
MASK.....	693, 844	WESTAB MAX.....	300, 302	XANAX.....	370, 392
VOSEVI.....	27	WESTAB ONE.....	300, 302	XANAX XR.....	370, 392
VOTRIENT.....	146	WESTAB PLUS.....	249	Xarah Fe.....	169
VOWST.....	34	WESTGEL DHA.....	249	XARELTO.....	228

XARELTO DVT-PE TREAT	XTANDI.....	154	ZEGALOGUE	
30D START.....	Xulane.....	169	AUTOINJECTOR.....	415
XATMEP.....	XULTOPHY 100/3.6.....	427	ZEGALOGUE SYRINGE.....	415
XCELLENT C.....	XUREA.....	474	ZEJULA.....	144
XCELLENT E.....	XURIDEN.....	875	ZELAPAR.....	371
XCELLISTEM.....	XYBIOTIC.....	78	ZELBORAF.....	146
XCLAIR.....	XYLIDERM.....	483	ZELSUVMI.....	459
XCOPRI.....	XYLIGEL.....	320	ZEMAIRA.....	97
XCOPRI MAINTENANCE	XYLIMELTS.....	320	ZEMBRACE SYMTOUCH...	406
PACK.....	XYMOBOLX.....	268	ZEMPLAR.....	875
XCOPRI TITRATION PACK	XYMODINE.....	253	Zenatane.....	551
XDEMVI.....	XYNTHA.....	230	ZENPEP.....	61
XELJANZ.....	XYNTHA SOLOFUSE.....	230	ZENPHOR.....	470, 845
XELJANZ XR.....	XYOSTED.....	423	Zenzedi 341, 360, 361, 386, 387	
XELODA.....	XYREM.....	342	ZEPATIER.....	27
XELPROS.....	XYWAV.....	342	ZEPBOUND.....	872
Xelria Fe.....	Yargesa.....	876	ZEPOSIA.....	55, 456
XELSTRYM.....	YASMIN (28).....	167	ZEPOSIA STARTER KIT	
XEMBIFY.....	YAXATARXYN.....	491	(28-DAY).....	55, 456
XENAZINE.....	YAZ (28).....	167	ZEPOSIA STARTER PACK	
XENLETA.....	YCANTH.....	474	(7-DAY).....	56, 456
XEPI.....	YESINTEK.....	36, 460	ZERVIAE.....	887
XERESE.....	YEZTUGO.....	1	ZESTORETIC.....	209
XERMELO.....	YOGURT PLUS CALCIUM		ZESTRIL.....	212
XEROFORM.....	GUMMIES.....	275	ZETIA.....	184
XEROFORM	YOKATAR.....	491	ZETONNA.....	93
PETROLATUM DRESSING	YONI FIT BLADDER		ZIAGEN.....	20
.....	SUPPORT.....	555, 845	ZICLOCIN.....	535
XEROFORM	YONSA.....	151, 154	ZICLOPRO.....	535
PETROLATUM	YORVIPATH.....	428	<i>zidovudine</i>	20
OVERWRAP.....	YOSPRALA.....	223	ZIEXTENZO.....	220
XHANCE.....	YUM-YUM DOPHILUS.....	78	ZILACAINE PATCH.....	483, 695
XIFAXAN.....	YUPELRI.....	85	ZILBRYSQ.....	705
XIGDUO XR.....	YUTREPIA.....	178	<i>zileuton</i>	87
XIIDRA.....	Yuvaferm.....	702	ZILOVAL.....	483
XILAPAK.....	Zafemy.....	169	ZILXI.....	523
XIMINO.....	<i>zafirlukast</i>	93	ZIMHI.....	175
XIRUN.....	<i>zaleplon</i>	361	<i>zinc amino acid chelate</i>	269
XOFLUZA.....	ZALVIT.....	265	ZINC BALANCE.....	270
XOLAIR.....	ZANAFLEX.....	708	<i>zinc citrate</i>	269
XOLEGEL.....	Zarah.....	167	<i>zinc gluc, oxide-ascorbic</i>	
XOLREMDI.....	ZARONTIN.....	358	<i>acid</i>	270
XOPENEX HFA.....	Zarontin.....	358	<i>zinc gluconate</i>	269
XOSPATA.....	ZARXIO.....	220	<i>zinc glycinate</i>	269, 270
XPHOZAH.....	ZATEAN-PN DHA.....	279	<i>zinc oxide</i>	520
XPOVIO.....	ZATEAN-PN PLUS.....	299	<i>zinc sulfate</i>	270
XROMI.....	ZAVESCA.....	876	ZINGIBER.....	302
XRYLIX (DICLOFENAC-	ZAVZPRET.....	401	ZIOPTAN (PF).....	897
KINES TAPE).....	ZCORT.....	442	ZIPHEX.....	266
XTAMPZA ER.....			<i>ziprasidone hcl</i>	336, 364

ZIRGAN.....	880
ZITHRANOL.....	480
ZITHROMAX.....	13
ZITHROMAX TRI-PAK.....	13
ZITHROMAX Z-PAK.....	13
ZITUVIO.....	451
ZMA CLEAR.....	543
ZOCOR.....	188
ZOKINVY.....	877
ZOLINZA.....	152
<i>zolmitriptan</i>	406
ZOLOFT.....	393
<i>zolpidem</i>	362
ZOMACTON.....	448
ZOMIG.....	406
Zomig.....	407
ZONEGRAN.....	352
ZONISADE.....	352
<i>zonisamide</i>	352
ZONTIVITY.....	219
ZORTRESS.....	330
ZORVOLEX.....	120
ZORYVE.....	461, 480, 485
Zovia 1-35 (28).....	167
ZOVIRAX.....	14, 462
ZTALMY.....	345
ZTLIDO.....	483
ZUBSOLV.....	327
Zumandimine (28).....	167
ZUNVEYL.....	859
ZURZUVAE.....	357
ZYCLARA.....	525
ZYDELIG.....	149, 150
ZYFLO.....	88
ZYKADIA.....	143
ZYLET.....	893
ZYLOPRIM.....	857
ZYMFENTRA.....	59, 105
ZYPITAMAG.....	188
ZYPRAM.....	459
ZYPREXA.....	336, 363
ZYTIGA.....	151, 154
ZYVOX.....	7