

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 julio de 2024

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

Este documento contiene información relativa a los medicamentos que están cubiertos cuando usted participa en 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 (<i>amoxicilina</i>)	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	
<i>amoxicilina</i> cápsula oral de 250 mg, 500 mg	1

Niveles de medicamentos

Diseño de Beneficios por niveles

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

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 medicamento 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 medicamento 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 ayudarle.

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

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

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

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

Por correo electrónico: www.insurance.ca.gov

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

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

o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en:

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



KAISER PERMANENTE®
Kaiser Permanente Insurance Company
Notice of Language Assistance

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

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

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

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

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

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

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

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

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

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

言語サービス (無料)。 通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、IDカードに記載の番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁(1-800-927-4357)にお電話ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

خدمات تسهیلات زبانی رایگان. شما می‌توانید مترجم شفاهی بگیرید. می‌توانید درخواست کنید که اسناد برایتان خوانده و بعضی از آن‌ها به زبان خودتان به شما ارسال شود. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره مندرج در زیر یا شماره روی کارت شناسایی‌تان یا 1-800-788-0710 تماس بگیرید. برای کسب راهنمایی بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. Farsi

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

សេវាភាសាភាគីកម្ពុជា អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាប្តេជ្ញា សំរាប់ជំនួយ
សូមទូរស័ព្ទមកកម្រិត តាមគលមលេខដែលមានកែតម្រូវលើ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-788-0710។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត
ទូរស័ព្ទគេរកស្តងធានារ៉ាប់រង រ៉ាប់រងលើទូរស័ព្ទ តាមគលមលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកក៏អាច ទូរស័ព្ទ តាមគលមលេខ 711។ Khmer

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

Cov Kev Pab Cuam Txhais Lus Dawb. Koj tuaj yeem tau txais ib tus neeg txhais lus thiab txais tau cov ntaub ntawv uas nyeem tag
ntawd xa tuaj rau koj muab sau ua koj hom lus xa tuaj Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm
koj daim yuaj ID los yog 1-800-788-0710 Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm
ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

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

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

Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	29
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	29
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	72
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	93
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	93
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	93
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	94
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	128
Anthelmintic.....	130
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	130
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	146
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	162
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	163
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	165
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	166
Antiseptics And Disinfectants.....	197
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	198
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	216
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	217
Biológicos.....	276
Biológicos - Biological Agents.....	276
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	290
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	295
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	296
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals.....	299
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	300
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	301
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	373
Endocrino.....	374
Endocrino - Hormones.....	374
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	406
Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents.....	409
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	410
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	411
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	411
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	488
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	602
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	606
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants..	607
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	608
Sistema Locomotor.....	610
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	611
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	616
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	726
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	737

Terapia De Trastorno Cognitivo.....	738
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	739
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	740
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	750
Thyroid Therapy.....	750
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	751
Vitamins - E.....	754
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	754

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)	Tier 2	PA
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
Adyuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Drugs For Infections		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (interferon gamma-1b, recomb.)	Tier 4	PA
Agente Antiviral Cmv - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Tier 1	
Agente Antiviral Cmv - Inhibidores De Complejo De Terminasa - Drugs For Viral Infections		
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG (letermovir)	Tier 2	PA
Agentes Antihelmíntico - Derivados De Benzimidazoles - Drugs For Parasites		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
EGATEN ORAL TABLET 250 MG (triclabendazole)	Tier 2	
EMVERM ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG (mebendazole)	Tier 2	PA
Agentes Antihelmíntico - Lactonas Macroscópica - Drugs For Parasites		
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antihelmíntico Otros - Drugs For Parasites		
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
Agentes Antiprotozoarios (Antiparasitarios) - Derivados De Nitrotiazolilo-5 - Drugs For Parasites		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (nitazoxanide)	Tier 2	QL (50 ML per 1 day)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
Agentes Antivirales De Influenza - Inhibidor De Endonucleasa Pa - Drugs For Viral Infections		
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (baloxavir marboxil)	Tier 2	QL (4 EA per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG (baloxavir marboxil)	Tier 2	QL (2 EA per 180 days)
Agentes Antivirales De Virus De Viruela - Drugs For Viral Infections		
TEMBEXA ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (brincidofovir)	Tier 2	
TEMBEXA ORAL TABLET 100 MG (brincidofovir)	Tier 2	
TPOXX (NATIONAL STOCKPILE) ORAL CAPSULE 200 MG (tecovirimat)	Tier 2	
Agentes Antivirales De Virus Respiratorio Sincitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	Tier 1	
Alternative Therapy - Topical Anti-Inflammatory Agents - Antibiotics		
PASER ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 4 GRAM (aminosalicylic acid)	Tier 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: 07/01/2024

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Tier 1	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Amoxicillin/Potassium Clavulanate in 120 days; QL (150 ML per 30 days)
Antibióticos De Fluoroquinolona - Antibiotics		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Tier 2	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
FACTIVE ORAL TABLET 320 MG (gemifloxacin mesylate)	Tier 2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Linezolid 600mg tablets in 120 days; QL (6 EA per 6 days)
Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Tier 2	PA
Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 50mg/100mg IR tablets or capsules in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DORYX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 80 MG (doxycycline hyclate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 100mg tablets or capsules in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: gnereic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Monohydrate or Hyclate 100mg tablets or capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Doxycycline Hyclate 50mg tablets or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule, ir - delay rel, biphase 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 50mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline oral capsule, extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
doxycycline monohydrate (Mondoxyne NI Oral Capsule 100 Mg)	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
doxycycline monohydrate (Mondoxyne NI Oral Capsule 75 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
MORGIDOX 1X 50 KIT 50 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MORGIDOX 1X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 2X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Tier 2	PA
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Doryx Mpc, Doxycycline Hyclate, Doxycycline Monohydrate, Minocycline HCL, or Vibramycin in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Antibióticos Macrólidos - Antibiotics		
<i>azithromycin oral packet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Tier 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Tier 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Tier 2	QL (20 EA per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Tier 1	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Tier 1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) ORAL TABLET 250 MG (erythromycin stearate)	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitor, Triterpenoid - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Tier 2	PA
Antifungal - Glucan Synthesis Inhibitors - Antibiotics		
BREXAFEMME ORAL TABLET 150 MG (ibrexafungerp citrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Tier 2	PA
Antifungal Other - Drugs For Viral Infections		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifungals - Drugs For Viral Infections		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus		
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Tier 2	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Tier 2	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Tier 1	PA
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Tier 2	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Tier 2	PA
Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
Antipalúdicos - Drugs For Parasites		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Tier 2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	QL (36 EA per 16 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 16 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Tier 2	QL (2 EA per 1 FILL)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Tier 2	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Tier 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Tier 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Tier 2	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Tier 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Tier 2	PA
Antiprotozoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Tier 2	PA
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Antiprotozoario-Antibacteriano De 2Da Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
SOLOSEC ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 2 GRAM (secnidazole)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clindamycin HCL, Clindamycin Palmitate HCL, Clindamycin Phosphate, Metronidazole, or Tinidazole in 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	
Antiretroviral - Cd4 Attachment Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG (fostemsavir tromethamine)	Tier 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>	Tier 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Tier 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)	Tier 2	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG (abacavir sulfate/dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nnrti - Drugs For Viral Infections		
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (dolutegravir sodium/rilpivirine HCl)	Tier 2	
Antiretroviral - Combinaciones De Inhibidor De Integrasa Y Nrti - Drugs For Viral Infections		
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (dolutegravir sodium/lamivudine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Combinaciones De Rtis Análogos De Nucleósido Y Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 2	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (emtricitabine/tenofovir alafenamide fumarate)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Tier 1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
Antiretroviral - Inhibidores De Fusión Vih-1 - Drugs For Viral Infections		
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG (enfuvirtide)	Tier 4	
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa Análoga Nucleótido - Drugs For Viral Infections		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiretroviral - Inhibidores De Transcriptasa Inversa De Nucleósido (Nrti) - Drugs For Viral Infections		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>didanosine oral capsule, delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (emtricitabine)	Tier 2	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
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)	PV	ST: Must meet any of the following requirements: Descovy or generic Truvada in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, DAY SUPPLY LIMITED TO 21, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND USED FOR PREVENTION OF HIV; Age (Min 12 Years)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	PV	ST: Must meet any of the following requirements: Descovy or generic Truvada in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, DAY SUPPLY LIMITED TO 21, FILL OF 7 IN 365 DAYS, AND USED FOR PREVENTION OF HIV; Age (Min 12 Years)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 25 MG (raltegravir potassium)	Tier 2	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG (dolutegravir sodium)	Tier 2	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG (dolutegravir sodium)	Tier 2	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG (cabotegravir sodium)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
Antituberculosos - Derivados De Ácido Isonicotínico - Antibiotics		
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Antituberculosos - Rifamicinas Y Derivados - Antibiotics		
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Tier 2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Cephalosporin Antibiotics - 2Nd Generation - Antibiotics		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Cephalosporin Antibiotics - 3Rd Generation - Antibiotics		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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>	Tier 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
Chemicals - Acids - Antibiotics		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Chemicals - Bases - Antibiotics		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Tier 2	
Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Single Agents - Drugs For Parasites		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (nifurtimox)	Tier 2	
Cmv Antiviral Agent - Inorganic Pyrophosphate Analogs - Antibiotics		
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
Cmv Antiviral Agent - Protein Kinase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG (maribavir)	Tier 2	PA
Combinaciones De Antirretrovirales - Inhibidores De Proteasa - Drugs For Viral Infections		
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Tier 2	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Tier 2	
Combinaciones De Tetraciclina Y Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
AVIDOXY DK KIT 100 MG-2 % -SPF 30 (doxycycline monohydrate/salicylic acid/octinoxate/zinc oxide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 30 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 60 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
Derivados De Nitrofuranos Antibacterianos - Antibiotics		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Enzyme Combinations - Drugs For Fungus		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Tier 1	
Dermatological - Keratolytic-Antimitotic Combinations - Drugs For Viral Infections		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	QL (40 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (20 EA per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Tier 1	QL (360 ML per 180 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION (zanamivir)	Tier 2	QL (40 EA per 180 days)
Dermatological - Pigmenting Agents - Antibiotics		
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	QL (56 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	QL (112 EA per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	Tier 1	QL (300 ML per 1 FILL)
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	Tier 1	QL (600 ML per 1 FILL)
Dermatological - Therapeutic Bath Products - Antibiotics		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Tier 2	PA
Dermatological - Topical Local Anesthetics And Combinations - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Tier 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether/lumefantrine)	Tier 2	
Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil)	Tier 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)	Tier 2	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (doravirine/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	Tier 1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Tier 1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (emtricitabine/rilpivirine HCl/tenofovir alafenamide fumarate)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Nebulizers - Antibiotics		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Respiratory Therapy Supplies - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Tier 1	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG (miltefosine)	Tier 2	PA
Penicillin Antibiotic - Natural - Antibiotics		
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Penicillin Antibiotic - Penicillinase-Resistant - Antibiotics		
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Quinolone Antibiotics - Drugs For Viral Infections		
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (maraviroc)	Tier 2	
Rifamicinas Y Antibióticos Derivados Relacionados - Antibiotics		
AEMCOLO ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 194 MG (rifamycin sodium)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Azithromycin, Cipro, Ciprofloxacin HCL, Ciprofloxacin, Ciprofloxacin/ciprofloxacin HCL, Levofloxacin, or Ofloxacin in 120 days; QL (12 EA per 1 FILL)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)	Tier 2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG (rifaximin)	Tier 2	PA
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections		
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 150-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	PV	QL (20 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	PV	QL (30 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
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)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	PV	MEDICAL BENEFIT; QL (11 EA per 10 days)
Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus		
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
ORAVIG BUCCAL MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 50 MG (miconazole)	Tier 2	
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleósidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)	Tier 2	QL (630 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Tratamiento De Hepatitis B - Análogos De Nucleótidos (Antivirales) - Drugs For Viral Infections		
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY AND USED FOR PREVENTION OF HIV
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (tenofovir alafenamide)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)	Tier 2	
Varias Combinaciones De Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Tier 1	
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Tier 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Tier 1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Tier 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Tier 2	
Agentes De Terapia Gastrointestinal		
Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Tier 2	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Tier 2	PA
Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Tier 2	PA
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach		
Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 Ml)	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml)</i>	Tier 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mesalamine DR in 120 days
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Tier 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG (mesalamine)	Tier 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	Tier 1	
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)	Tier 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)	Tier 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 2	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Tier 2	PA
Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
Agente Ibs - Inhibidor De Intercambiador De Sodio-Hidrógeno 3 (Nhe3) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (tenapanor HCl)	Tier 2	PA
Agentes Antidiarreicos Opioides - Drugs For Diarrhea		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Tier 1	
Agentes De Síndrom De Colon Irritable (Ibs) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Tier 2	PA
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (tegaserod hydrogen maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Max 64 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Síndrome Del Intestino Corto (Sbs) - Drugs For The Stomach		
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 1	
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 4	
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Tier 2	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes Solubilizantes De Cálculos Biliares (Litolisis) - Drugs For The Stomach		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Tier 2	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Tier 2	PA
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Amebicide Combinations - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antidiarreico - Inhibidor De Triptófano De Hidroxilasa - Drugs For Diarrhea		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (telotristat etiprate)	Tier 2	PA
Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Tier 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Tier 2	QL (3 EA per 21 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Tier 2	QL (2 EA per 14 days)
Antiemético - Antihistamínicos - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
Antiemético - Fenotiazidas - Drugs For Vomiting And Nausea		
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Tier 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 1	
Antiemético - Tipo Canabinoide - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 2	QL (60 ML per 30 days)
Antiespasmódico Gi - Aminas Terciarias Sintéticas - Drugs For Stomach Cramps		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
Antiespasmódico Gi - Compuestos De Amoníaco Cuaternario - Drugs For Stomach Cramps		
DARTISLA ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1.7 MG (glycopyrrolate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Glycopyrrolate 2mg in 120 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	Tier 4	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Glycopyrrolate 2mg in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
GLYRX-PF INJECTION SYRINGE 0.6 MG/3 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate/PF)	Tier 4	
Antiespasmódico Gi Y Combinaciones De Benzodiacepina - Drugs For Stomach Cramps		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 1	
Antiflatulentos Gastrointestinales - Drugs For The Stomach		
<i>activated charcoal oral capsule 260 mg</i>	Tier 1	
<i>activated charcoal oral capsule 280 mg</i>	Tier 2	
BEANAID ORAL CAPSULE 300 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Tier 1	
BEANO ORAL TABLET 400 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Tier 2	
GAS RELIEF-PREVENTION ORAL CAPSULE 600 UNIT (alpha-D-galactosidase)	Tier 1	
Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Tier 1	
Antihyperglycemic - Sulfonylurea And Biguanide Combinations - Drugs For Diarrhea		
MYTESI ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG (crofelemer)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Antiretrovirals in 120 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperglycemic - Sulfonylurea Derivatives - Drugs For The Stomach		
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Tier 4	PA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG (teduglutide)	Tier 4	PA
Antileprotic - Sulfone Agents - Drugs For The Stomach		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG (cholic acid)	Tier 2	PA
Antiparkinson Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Drugs For Vomiting And Nausea		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (netupitant/palonosetron HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 28 days)
Antiseptic And Disinfectant Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 1	
DONNATAL ORAL ELIXIR 16.2 MG-0.1037 MG/5 ML (5 ML), 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
DONNATAL ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (8 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 - 0.0194 mg/5 ml</i>	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral tablet 16.2-0.1037 - 0.0194 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (8 EA per 1 day)
PHENOHYTRO ORAL ELIXIR 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Dicyclomine HCL, Hyoscyamine Sulfate, or Symax Duotab in 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)	Tier 2	
Antitussive-Antihistamine-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Tier 1	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (difenoxin HCl/atropine sulfate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Diphenoxylate HCL/Atropine in 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Asthma Therapy - 5-Lipoxygenase Inhibitors - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Tier 1	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic Agent Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	

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

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

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

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

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

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)	Tier 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)	Tier 1	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Tier 1	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Tier 2	PA
Asthma Therapy - Leukotriene Modulators - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Asthma Therapy - Leukotriene Receptor Antagonists - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 10 MG, 5 MG (rabeprazole sodium)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 120 days

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 2.5 MG, 5 MG (esomeprazole magnesium)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Omeprazole Magnesium, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, Prilosec OTC, or Prilosec in 120 days
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
PRILOSEC ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 10 MG, 2.5 MG (omeprazole magnesium)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days
<i>rabeprazole oral capsule, delayed rel sprinkle 10 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Xanthine Mixtures - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg</i>	Tier 1	
Asthma Therapy - Xanthine-Alpha/Beta Adrenergic-Barbitur-Antihist Comb - Drugs For Vomiting And Nausea		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG (dolasetron mesylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Ondansetron tablets or ODT in 120 days; QL (8 EA per 1 FILL)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ondansetron tablets or ODT in 120 days; QL (8 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (50 ML per 15 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 3.1 MG/24 HOUR (granisetron)	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asthma Therapy - Xanthine-Expectorant Combinations - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	Tier 1	QL (112 EA per 10 days)
OMECLAMOX-PAK ORAL COMBO PACK 20 MG-500 MG-500 MG (40) (omeprazole/clarithromycin/amoxicillin trihydrate)	Tier 2	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG (omeprazole magnesium/amoxicillin trihydrate/rifabutin)	Tier 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)	Tier 2	
Combinaciones De Antiácido Otros - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 250-1.5 MG (calcium phosphate, tribasic/melatonin)	Tier 2	
Cough And Cold Or Allergy Combinations Other - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium)</i>	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Expectorant Combinations - Other - Drugs To Prevent Constipation		
BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/3.5 GRAM (wheat dextrin)	Tier 2	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Tier 2	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM/4 GRAM (wheat dextrin)	Tier 2	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM (wheat dextrin)	Tier 2	
BEST FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.5 GRAM (wheat dextrin)	Tier 1	
CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 GRAM (polydextrose)	Tier 1	
CLEAR FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/4 GRAM (dextrin)	Tier 1	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-ASPART) ORAL POWDER IN PACKET 3 GRAM, 3.4 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 1	
DAILY FIBER (PSYLLIUM-SUCROSE) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 1	
DAILY FIBER ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 1	
EASY FIBER (WHEAT DEXTRIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 1 GRAM-100 MG CALCIUM (wheat dextrin/calcium carbonate)	Tier 1	
EASY FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (dextrin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/11 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 2	
FIBER (WITH ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 1	
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose/vitamin B complex)	Tier 1	
FIBER GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Tier 1	
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (wheat dextrin)	Tier 1	
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 1	
FIBERWELL ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose)	Tier 2	
HYFIBER FOR KIDS ORAL LIQUID 6 GRAM/15 ML (fructooligosaccharides/polydextrose)	Tier 2	
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) ORAL POWDER IN PACKET 3.5 GRAM (psyllium husk/sweetleaf)	Tier 2	
KONSYL SUGAR-FREE ORAL POWDER IN PACKET 6 GRAM (psyllium husk)	Tier 2	
NUTRISOURCE FIBER ORAL PACKET (guar gum)	Tier 1	
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER (guar gum)	Tier 1	
PREBIOTIC FIBER (FOS) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (fructooligosaccharides)	Tier 1	
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Tier 1	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/ 3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Tier 2	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Tier 1	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM (psyllium husk)	Tier 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 2	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Tier 1	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk/aspartame)	Tier 1	
Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Tier 2	PA
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Linzess in 120 days; 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG (vonoprazan fumarate/amoxicillin trihydrate/clarithromycin)	Tier 2	PA
Hepatitis C Treatment Agents - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
ZELNORM ORAL TABLET 6 MG (tegaserod hydrogen maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Linzess and Lubiprostone in 365 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Max 64 Years)
Inflammatory Bowel Agent - Interleukin-23 (IL-23) Inhibitor, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
OMVOH PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 4	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (mirikizumab-mrkz)	Tier 4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) (risankizumab-rzaa)	Tier 4	PA
Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Tier 2	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 2	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	PA
Laxantes - Combinaciones De Estimulantes Y Salinas/Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 320, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (320 ML per 1 FILL)
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 350, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (350 ML per 1 FILL)
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)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (4000 ML per 1 FILL)
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	PV	ST: Must meet the following requirement: Sutab, Clenpiq, or generic bowel prep in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (3 EA per 1 FILL)
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (354 ML per 1 FILL)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	PV	ST: Must meet the following requirement: Sutab, Clenpiq, or generic bowel prep in 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY IS 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (2 EA per 1 FILL)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM (sodium sulfate/potassium chloride/magnesium sulfate)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 45 TO 75 YEARS; QL (24 EA per 1 FILL)
Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Tier 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
Medical Supplies And Dme - Diabetic Supplies - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
KONVOMEPEP ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2-84 MG/ML (omeprazole/sodium bicarbonate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 ML per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1,680 mg, 40-1,680 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Lansoprazole, Omeprazole, Pantoprazole Sodium, or Prilosec OTC in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
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))	Tier 2	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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Irrigation-Type Syringes - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 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)	Tier 2	
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Tier 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)	Tier 2	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase)	Tier 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)	Tier 2	
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (lipase/protease/amylase)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Tier 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Balsalazide Disodium in 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Tier 1	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Tier 2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Tier 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Tier 2	PA
Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus, salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Tier 2	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Tier 1	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Tier 1	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 2	
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Tier 2	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Tier 2	
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 2	
<i>bacillus coagulan,subtilis-xos oral tablet,chewable 1 billion cell- 40 mg</i>	Tier 1	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
BIOMEPRO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Tier 2	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Tier 2	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Tier 1	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (L.acidophilus,casei,rhamnosus/B.breve,longum)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLAIRVEE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Tier 2	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Tier 2	
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Tier 2	
CULTURELLE BABY DIGESTIVE CALM ORAL DROPS 2 BILLION CELL/5 DROPS (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Tier 2	
CULTURELLE BABY HEALTH DEVELOP ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 50 MG-300 MG (L. rhamnosus/B. animalis/dha/fucosyllactose/vitamin D3)	Tier 2	
CULTURELLE BABY PROBIOTIC-DHA ORAL DROPS 2.5 B CELL- 70 MG/0.5 ML (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis/dha)	Tier 2	
CULTURELLE DIGESTIVE HEALTH ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -200 MG, 12 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Tier 2	
CULTURELLE GUMMY ORAL TABLET, CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Tier 2	
CULTURELLE IMMUNE DEFENSE ORAL TABLET, CHEWABLE 10 BILLION CELL -90 MG-3 MG (L. rhamnosus GG/ascorbic acid/zinc oxide/elderberry fruit)	Tier 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)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS GROW-THRIVE ORAL POWDER IN PACKET 3.5 BILLION CELL-1 GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobac animalis/fucosyllactose/D3)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1 GRAM (Bacillus subtilis/inulin)	Tier 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)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PROBIO-FIBER ORAL POWDER IN PACKET 2.5 BILLION CELL-3.5 GRAM (Lactobacillus rhamnosus GG/fiber)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PROBIOTICS ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE METABOLISM-WT MGMT ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus rhamnosus/Bifido animalis/vit B6/vit B12)	Tier 2	
CULTURELLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE PRENATAL PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 2	
CULTURELLE PROBIOTIC-PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
CULTURELLE TOTAL BALANCE ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Tier 2	
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 1	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combo no.10)	Tier 2	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-3,000 UNIT (Bacillus coagulans/lactase)	Tier 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 140 MG (Bacillus coagulans/calcium carbonate)	Tier 2	
DIGESTIVE PROBIOTIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Tier 1	
ENFAMIL DUAL PROBIOTICS-VIT D ORAL DROPS 2.5BILLION CELL -10 MCG/6 DROPS (Lactobacillus rhamnosus/Bifidobacterium animalis/vitamin D3)	Tier 2	
ENVIVE ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei, B.lactis)	Tier 2	
EVIVO WITH MCT OIL FEEDING TUBE LIQUID 0.04 GRAM (8 BILL CELL/0.5ML (Bifidobacterium infantis)	Tier 2	
FEM DOPHILUS ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
FLORAJEN WOMEN ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
FLORASAVE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus no.65/Bifidobac no.7/B.subtilis/bacteriophages)	Tier 2	
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE 250-62.5-30 MG (S.boulardii/enzymes/ginger/peppermint leaf/fennel)	Tier 2	
FLORASTORBABY ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 2	
FLORASTORKIDS ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORASTORSELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE 250-300 MG (Saccharomyces boulardii/inulin)	Tier 2	
FLORASTORSELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Tier 2	
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Tier 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)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA ADVANCED CARE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 60 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus combo no.20/Bifido no.9/inulin/acacia)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/B.animalis/B.bifidum/B.infantis)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN ADVANCED ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 90 BILLION CELL -75 MG (Lactobacillus no.102/Bifid anim,bifid/L.lactis/inulin/acacia)	Tier 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L.acidophilus,gasseri/Bifidobact animalis,bifidum,infantis)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTIFY PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifido animalis, bifidum/inulin)	Tier 2	
FORTIFY WOMEN PROBIO(L.SALIV.) ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.32/Bifidobacterium animalis/inulin)	Tier 2	
FORTIFY WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifidobacterium animalis/inulin)	Tier 2	
IDEAL BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Tier 2	
INFANT PROBIOTIC ORAL DROPS 1 BILLION CELL/0.5 ML (Bifidobacterium infantis)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (L.acidoph,paracasei,plantarum,rhamn-B.animalis,breve)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS BABY ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (Lactobacillus casei/L.rhamnosus/Bifido no.4/GOS)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS BABY PROBIOTIC ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (L.casei,rhamnosus/Bifidobacterium breve,infantis,longum/GOS)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE ORAL TABLET 5 BILLION CELL- 188 MG (L.acidophilus,plantarum,rhamnosus/B.animalis,breve/enzymes)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JARRO-DOPHILUS EPS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 25 BILLION CELL, 5 BILLION CELL, 50 BILLION CELL (Lactobac no.19/Bifidobac breve,longum/Lactoc lactis/P. acidi)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS GUT CALM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 8 BILLION CELL (Lactobac. plantarum/S. boulardii/Pediococcus acidilactici)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-50 MG (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,breve/FOS/inulin)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS ORAL CAPSULE 3.4 BILLION CELL-210 MG (Lactobacillus no.33/Bifido animalis,longum/FOS/inulin)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS PRENATAL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 6 BILLION CELL (L. crispatus,gasseri,jensenii,rhamnosus/B. infantis)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS ULTRA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L.acidop,casei,helv,paracas,plant,rham,sal/B.anim,long,brev)	Tier 2	
JARRO-DOPHILUS WOMEN ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Tier 2	
<i>l. acidophilus-b. coagulans oral tablet 35 million- 25 million cell</i>	Tier 1	
<i>lactobacillus acidophilus oral capsule 500 million cell</i>	Tier 1	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 0.5 mg (100 million cell)</i>	Tier 1	
<i>lactobacillus acidophilus oral tablet 1 billion cell</i>	Tier 1	
<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar oral tablet 1 million cell</i>	Tier 1	
MAGE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 15 BILLION CELL -15 MG (L. acidoph,rhamn/Bifido animalis/B. subtilis/bacteriophages)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 BILLION CELL -15 MG (Lactobacil/Bifidobac/S.boulard/B.subtil/S.therm/bacteriophag)	Tier 2	
NEWFLORA ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 1	
OMNI-BIOTIC AB-10 ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (L.acid,parac,plant,rhamn,saliv-B.anim,bifid,long-E.faecium)	Tier 2	
OMNI-BIOTIC BALANCE ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL (L.acidoph,casei,salivar/B.animalis/Lactococ.lactis/E.faecium)	Tier 2	
OMNI-BIOTIC HETOX ORAL POWDER IN PACKET 15 BILLION CELL (L.acidophil,brevis,casei,sal/B.anim,bifid/Lactococcus lactis)	Tier 2	
OMNI-BIOTIC PANDA ORAL POWDER IN PACKET 3 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis, bifidum/Lactococcus lactis)	Tier 2	
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE ORAL POWDER IN PACKET 7.5 BILLION CELL (L.acido,casei,para,plant,sali/B.anim,bif/Lactococcus lactis)	Tier 2	
ONE-A-DAY TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
PREBIOMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 1.4 GRAM (xylooligosaccharides)	Tier 2	
PRIMADOPHILUS BIFIDUS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifidobact.breve,longum)	Tier 2	
PRIMADOPHILUS ORIGINAL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIMIDAR ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
PROBACAP ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 1	
PROBICHEW ORAL TABLET,CHEWABLE 21 BILLION CELL - 1 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Tier 2	
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 2 MG-12.5 MCG (L. helveticus,rhamnosus/B. longum/zinc yeast/selenium yeast)	Tier 2	
PROBIOMAX 350 DF ORAL POWDER IN PACKET 350 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Tier 2	
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 45 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Tier 2	
PROBIOMAX DAILY DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Tier 2	
PROBIOMAX DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Tier 2	
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-500 MG (Bacillus coagulans/hyperimmune egg)	Tier 2	
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
PROBIOMAX PLUS DF ORAL POWDER IN PACKET 40 BILLION CELL -1.5 GRAM (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,longum/S.boulardii/larch)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL (L.acidophilus/L.plantarum/B.animalis/B.longum/S.boulardii)	Tier 2	
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 17.5 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei)	Tier 2	
PROBIONEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Tier 2	
PROBIOTIC (B. COAGULANS) ORAL TABLET, CHEWABLE 1 BILLION CELL, 2.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Tier 1	
PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
PROBIOTIC (WITH VITAMIN D3) ORAL TABLET, CHEWABLE 2 BILLION CELL- 5 MCG (Bacillus coagulans/cholecalciferol (vit D3))	Tier 1	
PROBIOTIC ACIDOPHILUS(14-STRN) ORAL TABLET, CHEWABLE 3 BILLION CELL (Lactobacillus no.66/Bifidobacterium no.4/S.thermophilus)	Tier 1	
PROBIOTIC COLON SUPPORT ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (Lactobacillus gasseri/Bifidobacterium bifidum/Bifido longum)	Tier 1	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (4-STRN) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Tier 1	
PROBIOTIC DIGEST SUPP (6-STRN) ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL -100 MG (L.acidoph,bulgar,paracasei,rhamnosu/B.animalis,longum/inulin)	Tier 1	
PROBIOTIC DIGEST(L.RHAM,INULN) ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL -200 MG (Lactobacillus rhamnosus GG/inulin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Tier 1	
PROBIOTIC DUO ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis)	Tier 2	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Tier 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Tier 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Tier 1	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Tier 2	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Tier 2	
PROBIOTIC YEAST SUPPORT ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5.02 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/Kluyveromyces marxianus)	Tier 2	
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans,subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Tier 2	
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 1	
PROMELLA ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 1	
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Saccharomyces boulardii)	Tier 1	
REVITAFLOL ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Tier 1	
<i>saccharomyces boulardii oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>saccharomyces boulardii-yeast oral capsule, delayed release(dr/lec) 5 billion cell- 200 mg</i>	Tier 1	
SENIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Tier 1	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-BLEND ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis/Bifidobacterium infantis/S. thermoph)	Tier 2	
SUPERIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobac.acidoph,plantar,rhamn/Bifidobac.animal,breve,longum)	Tier 2	
TRUBIOTICS BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
TRUBIOTICS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5BILLION CELL -7.5 MCG-1.8 G (Bacillus subtilis/cholecalciferol (vit D3)/inulin)	Tier 2	
TRUBIOTICS KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 6 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG/Bifidobacterium animalis (lactis))	Tier 2	
TRUBIOTICS KIDS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL-1.8 GRAM (Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 2	
ULTIMATE FLORA BABY PROBIOTIC ORAL POWDER 4 BILLION CELL/GRAM (Lactobacillus rhamnosus/Bifido bifidum,breve,infantis,longum)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAFLOA WOMEN'S ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS ADULT 50 PLUS ORAL CAPSULE 25 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/L. plantarum/Bifido no.7)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS ADULT ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/L. plantarum/Bifido no.7)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 20 MCG (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis/vit D2)	Tier 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)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS ULTRA ORAL CAPSULE 50 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.51/Bifidobacterium combo no.4)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS WOMEN'S ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 250 MG (L.acidophilus/L.gasseri/L.plant/L.rham/B.animalis/cranberry)	Tier 2	
UP4 PROBIOTICS-PREBIOTICS KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM-15 MG (Bacillus coagulans/Bacillus subtilis/inulin/ascorbic acid)	Tier 2	
VISBIOME ORAL DROPS 0.5 BILLION CELL/DROP (Lactobacillus no.2/Bifidobacterium no.1/S.thermophilus)	Tier 2	
WELLPRO-31 ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 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)	Tier 2	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongest-Analgesic Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
SEKOT KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 2	
SEKOT ORAL TABLET,CHEWABLE 8.7 MG (senna leaf extract)	Tier 2	
SEKOT-CHAMOMILE ORAL TEA 1,400 MG- 1,100 MG (senna leaf/herbal complex no.324)	Tier 2	
Non-Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant Combinations - Drugs To Prevent Constipation		
lactulose (Constulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Tier 1	
KRISTALOSE ORAL PACKET 20 GRAM (lactulose)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Lactulose solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>lactulose oral packet 10 gram</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Lactulose solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 20 gram/30 ml</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Tier 2	
Úlcera Péptica - Citprotectores Adherentes Al Lumen Gástrico - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
Varias Combinaciones Antidiarreicas - Drugs For Diarrhea		
BANATROL PLUS ORAL POWDER IN PACKET (banana flakes/transgalactooligosaccharides)	Tier 1	
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>	Tier 1	QL (236 ML per 1 FILL)
Agentes Nasales Post-Quirúrgicos - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Tier 2	PA
Aminopenicillin Antibiotic Combinations - Extended Release - Drugs For Cystic Fibrosis		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (mannitol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Inhaled 7% Sodium Chloride solution in 120 days; QL (20 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Anestesia Nasal - Allergy		
<i>cocaine nasal solution 4 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Angiotensin II Receptor Blocker (Arb)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 1	
Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (23 GM per 30 days)
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Tier 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)	Tier 2	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Tier 2	PA
Antibacterial Nitrofurans Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/COPD		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Tier 2	QL (4 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihistamínico De 1Era Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
phenylephrine HCl/promethazine HCl (Promethazine Vc Oral Syrup 6.25-5 Mg/5 Ml)	Tier 1	
Antihistamínico De 1Era Generación- Descongestivo-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Tier 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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Antihistamínicos - 1Era Generación - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Carbinoxamine 4mg and IR solution in 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (236 ML per 1 FILL)
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Tier 1	
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Carbinoxamine Maleate in 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Tier 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperazinas - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Antihistamínicos - 2Da Generación - Piperidinas - Drugs For Allergies		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG (tiotropium bromide)	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Spiriva Respimat or Tiotropium Bromide in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 175 MCG/3 ML (revefenacin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lonhala Magnair in 120 days; QL (90 ML per 30 days)
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag- Benzisoxazole Deriv - Drugs For The Lungs		
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Tier 2	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Tier 2	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	Tier 2	PA
Antitusivo No-Opioide-Antihistamínico De 1Era Gen-Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/dextromethorphan (Bromfed Dm Oral Syrup 2-30-10 Mg/5 Ml)	Tier 1	
<i>brompheniramine-pseudoeph-dm oral syrup 2-30-10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitussives - Drugs For Asthma/Copd		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG/ACTUATION, 232 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Tier 2	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (13 GM per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (mometasone furoate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (12 GM per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Arnuity Ellipta in 120 days; 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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Montelukast Sodium and Zafirlukast in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Montelukast Sodium and Zafirlukast in 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Tier 2	QL (10.7 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
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)	Tier 4	PA
Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	Age (Min 2 Years)
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Carbinoxamine 4mg and IR solution in 365 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 2 Years)
<i>clemastine oral syrup 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	
diphenhydramine HCl (Diphen Oral Elixir 12.5 Mg/5 MI)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR 4 MG/5 ML (carbinoxamine maleate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Carbinoxamine Maleate in 120 days; QL (960 ML per 30 days); Age (Min 2 Years)
Central Alpha-2 Agonists-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
Combinación Antitusivo Opiode-Antihistamínico De 1Era Generación-Comb. De Descongestivo - Drugs For Cough And Cold		
HISTEX-AC ORAL SYRUP 2.5-10-10 MG/5 ML (triprolidine HCl/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
MAR-COF BP ORAL LIQUID 2-30-7.5 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (chlorpheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 4-10-10 MG/5 ML (brompheniramine maleate/phenylephrine HCl/codeine phosphate)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
RYDEX ORAL LIQUID 1.3-10-6.3 MG/5 ML (brompheniramine maleate/pseudoephedrine HCl/codeine phosphat)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Anticolinérgico - Drugs For Cough And Cold		
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup 5-1.5 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Syrup 5-1.5 Mg/5 ML)	Tier 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
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)	Tier 2	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN DAC ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 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>	Tier 1	Age (Min 12 Years)
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
G TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
MAR-COF CG ORAL LIQUID 7.5-225 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 8-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Tier 1	Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Lavados Nasales - Allergy		
ALKALOL NASAL WASH NASAL SOLUTION (menthol/eucal/thymol/camphor/benz/sod chloride/pot chlorate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diuretic - Mercurial - Allergy		
<i>epinephrine hcl nasal solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
Diuretic - Miscellaneous - Allergy		
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Tier 1	
Diuretic - Miscellaneous And Potassium Combinations - Allergy		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	Tier 1	QL (30.5 GM per 30 days)
Diuretic - Osmotic - Allergy		
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Tier 1	QL (25 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (16 GM per 30 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (17 GM per 30 days)
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG (ciclesonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (5 GM per 12 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Qnasl in 120 days; QL (6.8 GM per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Qnasl Children in 120 days; QL (10.6 GM per 30 days)
TICANASE NASAL KIT, SPRAY SUSPENSION AND SPRAY 50 MCG- 0.9 % (fluticasone propionate/sodium chloride/sodium bicarbonate)	Tier 2	
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Flunisolide, Fluticasone Propionate, Mometasone Furoate, Nasonex 24hr Allergy in 120 days; QL (32 ML per 30 days)
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Flunisolide or Fluticasone Propionate in 120 days; QL (6.1 GM per 30 days)
Expectorants - Single Agents, General - Drugs For Asthma/Copd		
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis		
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Tier 2	PA
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Drugs For Cystic Fibrosis		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (aztreonam lysine)	Tier 2	PA
Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis		
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 2	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Tier 2	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	PA
Implante De Corticoesteroide Para Mantener Permeabilidad Sinusal - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Formoterol Fumarate, Serevent Diskus, or Striverdi Respimat in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (salmeterol xinafoate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Oral Hygiene- Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Tier 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Tier 1	
PROAIR DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler in 120 days
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>	Tier 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG (chlorpheniramine maleate/codeine phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Promethazine HCL/codeine in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Nasal Decongestant Combinations Other - Drugs For Asthma/Copd		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Tier 1	
Nasal Mast Cell Stabilizer-Antihistamine Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Nasal Preparations - Nicotinic Receptor Partial Agonist - Drugs For The Nose		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (varenicline tartrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 4	
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Tier 4	
Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Tier 2	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Tier 2	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Tier 2	
Peripheral Alpha-1 Receptor Blocker-Diuretic Combination - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Desloratadine or Levocetirizine tablets in 120 days; QL (10 ML per 1 day)
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Tier 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Tier 2	PA
Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Tier 4	
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Ii-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 4	PA
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Ii-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Il-5) - Drugs For Asthma/Copd		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Tier 4	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Tier 4	PA
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)	Tier 4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Tier 4	PA
Terapia De Asma - Xantinas - Drugs For Asthma/Copd		
theophylline anhydrous (Elixophyllin Oral Elixir 80 Mg/15 ML)	Tier 1	
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG (theophylline anhydrous)	Tier 2	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AERO POWDR BREATH ACT W/SENSOR 113 MCG-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Tier 2	QL (32.1 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
budesonide/formoterol fumarate (Breynd Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Tier 1	QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Tier 1	QL (30.9 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (39 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (13 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Advair HFA or Breo Ellipta in 120 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar		
Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Tier 2	PA
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver		
Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver		
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Tier 2	PA
Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Tier 2	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Tier 2	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Tier 2	PA
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos		
Analgesic - Opioid Antagonists		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Tier 2	
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Tier 2	
Anti-Inflammatory - Antimitotics		
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, Tnf-Alfa Sel - Arthritis And Pain Drugs		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 10 mg/0.2 ml, 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (adalimumab-adaz)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN CROHN-UC STARTR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN PSORIASIS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 4	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 4	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Tier 4	PA
Agonistas De Analgésico De Opioides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML (meperidine HCl/PF)	Tier 4	
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (hydromorphone HCl/PF)	Tier 4	
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET IN APPLICATOR 30 MCG (sufentanil citrate)	Tier 2	PA
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl intravenous pt controlled analgesia syring 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Tier 4	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
FENTORA BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (fentanyl citrate)	Tier 2	PA
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syring 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Tier 4	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 16 mg, 32 mg, 8 mg</i>	Tier 1	PA; ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydromorphone rectal suppository 3 mg</i>	Tier 1	
HYSINGLA ER ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT.REL.24 HR 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 80 MG (hydrocodone bitartrate)	Tier 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>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	Tier 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>	Tier 4	
<i>meperidine (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>meperidine oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>meperidine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 4	QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadone Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (40 ML per 1 day)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Tier 4	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous pt controlled analgesia syring 275 mg/55 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 4	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Tier 4	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	Tier 2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day)
<i>morphine rectal suppository 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 50 MG (tapentadol HCl)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 75 MG (tapentadol HCl)	Tier 2	QL (6 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 80 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (oxycodone HCl)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG (oxycodone HCl)	Tier 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone HCl)	Tier 2	
<i>tramadol oral capsule, er biphase 24 hr 17-83 300 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral capsule, er biphase 24 hr 25-75 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (oxycodone myristate)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG (oxycodone myristate)	Tier 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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Acetaminophen With Codeine tablets in 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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Norco (Hydrocodone/acetaminophen) tablet in 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Norco (Hydrocodone/acetaminophen) tablet in 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
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>	Tier 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)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Tier 2	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Tier 2	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Tier 1	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Antagonista De Receptor De Histamina H2 - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic prescription strength Ibuprofen 400, 600, or 800mg in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Inhibidor De Bomba De Protones - Arthritis And Pain Drugs		
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Naproxen or Naproxen Sodium 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Irritante Tópico Y Antiirritante - Arthritis And Pain Drugs		
INFLAMMACIN KIT 75 MG- 0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL) KIT, GEL AND TABLET DELAY REL 75 MG-3 %- 3 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 2	
NAPROTIN KIT 500 MG- 0.025 % (naproxen/capsicum oleoresin)	Tier 2	
Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Tier 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofenac Sodium/Misoprostol, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QL (8 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Diclo Gel, Diclofenac Sodium, Diclofono, Diclozor, or Pennsaid in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs		
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Tier 1	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Tier 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Tier 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Tier 1	
ketoprofen (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Tier 1	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Tier 1	
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>oxaprozin oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Oxicam - Arthritis And Pain Drugs		
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>meloxicam submicronized oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Potassium, Diclofenac Sodium, or Meloxicam in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Tier 4	
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Tier 4	
<i>ketorolac nasal spray,non-aerosol 15.75 mg/spray</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic nonsteroidal anti-inflammatory drug in 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (20 EA per 5 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
RELAFEN DS ORAL TABLET 1,000 MG (nabumetone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Nabumetone in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
SPRIX NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15.75 MG/SPRAY (ketorolac tromethamine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic nonsteroidal anti-inflammatory drug in 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
INDOCIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (indomethacin)	Tier 2	
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG (indomethacin)	Tier 2	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Tier 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Tier 1	
TIVORBEX ORAL CAPSULE 20 MG (indomethacin, submicronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Indomethacin capsules in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Tier 2	PA
Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)	Tier 2	
Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (100 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Combinaciones De Analgésico De Opioide 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)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (61 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Percocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 10-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Tier 2	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Oxycodone HCL and Oxycodone HCL/Acetaminophen in 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Acetaminophen With Codeine tablets in 120 days; QL (10 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Salicilato Analgésico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Combinaciones De Salicilato Analgésico Y Sedantes - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
Contraceptive Injectable - Progestin - Arthritis And Pain Drugs		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 2	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Tier 2	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Tier 2	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Tier 2	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Tier 2	PA
Dmard - Antagonista De Receptor De Interleucinas-1 (E1-1Ra) - Arthritis And Pain Drugs		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (anakinra)	Tier 4	PA
Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 2	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (apremilast)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Tier 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Tier 4	PA
Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs		
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 2	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Tier 1	
Immunomodulator - Rho Kinase Inhibitor - Arthritis And Pain Drugs		
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG (belumosudil mesylate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inmunomodulador Estimulante De B-Linfocito (Blys)-Mcab Inhibidor Específico - Arthritis And Pain Drugs		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML (belimumab)	Tier 4	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML (belimumab)	Tier 4	PA
Medical Supplies And Dme - Air Cleaners - Arthritis And Pain Drugs		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML (abatacept)	Tier 4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Tier 4	PA
Spermicides - Arthritis And Pain Drugs		
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	Tier 2	
Urinary Anti-Infective Combinations - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule 50-300 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Butalbital/acetaminophen 50mg-325mg combination product in 120 days; QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Tier 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
butalbital/acetaminophen/caffeine (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Tier 1	
butalbital/acetaminophen (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Tier 1	
Urinary Antispasmodics - Arthritis And Pain Drugs		
BELBUCA BUCCAL FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG (buprenorphine HCl)	Tier 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>	Tier 4	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Tier 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>	Tier 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Tier 1	
Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Tier 1	QL (184 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Tier 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Tier 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Tier 1	
Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Tier 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OTREXUP (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4 ML, 12.5 MG/0.4 ML, 15 MG/0.4 ML, 17.5 MG/0.4 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.4 ML, 25 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (1.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (2 ML 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Otrexup in 120 days; QL (0.6 ML per 28 days)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Methotrexate Sodium, Methotrexate Sodium/pf, Rheumatrex, or Trexall in 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs		
ABRILADA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
ABRILADA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-afzb)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aacf subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adalimumab-adbm subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-adbm subcutaneous syringe kit 10 mg/0.2 ml, 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	PA
<i>adalimumab-ryvk subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-atto)	Tier 4	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	Tier 4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Tier 4	PA
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	Tier 4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IDACIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
IDACIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aacf)	Tier 4	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML (adalimumab-ryvk)	Tier 4	PA
SIMPONIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Tier 4	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 4	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	Tier 4	PA
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML (adalimumab-aqvh)	Tier 4	PA
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever		
Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Tier 1	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Tier 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid</i>	Tier 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Tier 2	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 4	
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)	Tier 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>	Tier 4	
Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (240 GM per 30 days)
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Tier 2	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Tier 2	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anthelmintic		
Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (momelotinib dihydrochloride)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Tier 2	PA
Anthelmintic - Drugs For Cancer		
Agentes De Protección Del Tracto Urinario Usados En Conjunto Con Quimioterapia - Drugs For Cancer		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 2	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 2	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 2	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 2	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 2	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 2	PA
Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilulfanato - Drugs For Cancer		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Tier 2	
Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 2	
HEPZATO INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Tier 2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Tier 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>	Tier 2	
Antineoplásico - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Tier 4	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
Trexall ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Tier 2	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Methotrexate Sodium, Methotrexate Sodium/pf, Rheumatrex, or Trexall in 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Tier 1	PA
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer		
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mercaptopurine in 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Tier 2	
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer		
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Tier 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)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Tier 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: 07/01/2024

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Exportina-1 (Xpo1) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Tier 2	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Tier 2	PA
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Tier 2	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Tier 2	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Tier 2	PA
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Tier 2	PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Tier 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)	Tier 2	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Tier 2	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer		
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (alpelisib)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Tier 2	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Tier 2	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Tier 2	PA
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (repotrectinib)	Tier 2	PA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Tier 2	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Tier 2	PA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Tier 2	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Tier 2	PA
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Tier 2	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Tier 2	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Tier 2	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Tier 2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Tier 2	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Tier 2	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Tier 2	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Tier 2	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Tier 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)	Tier 2	PA
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Tier 2	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Tier 2	PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Tier 2	PA
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Tier 2	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Tier 2	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Tier 2	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Tier 2	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 2	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Tier 2	PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Tier 2	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Tier 2	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Tier 2	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Tier 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)	Tier 2	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Tier 2	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Tier 2	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate/vitamin E TPGS)	Tier 2	PA
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 2	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Tier 2	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer		
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Tier 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)	Tier 2	PA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Tier 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: 07/01/2024

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 (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Tier 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)	Tier 2	PA
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Tier 2	PA
Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	
Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 4	QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Tier 4	QL (1 EA per 30 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Tier 4	QL (2 EA per 365 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Tier 2	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG (sotorasib)	Tier 2	PA
Antineoplastic - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Tier 2	PA
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Tier 2	PA
Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Tier 2	PA
Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Tier 2	PA
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Tier 2	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Tier 2	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Tier 2	PA
Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Tier 2	QL (24 EA per 14 days)
Hepatitis C - Interferons - Drugs For Cancer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Tier 2	PA
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Tier 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)	Tier 2	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Tier 2	PA
Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Tier 2	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Tier 2	PA
Immune Serums - Drugs For Cancer		
HICON ORAL KIT 1,000 MCI/ML (1 ML), 250 MCI/0.25 ML, 500 MCI/0.5 ML (sodium iodide-131)	Tier 2	
Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Tier 4	
Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (ruxolitinib phosphate)	Tier 2	PA
Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 2	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 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>	Tier 1	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 2	PA
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer		
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Tier 2	PA
Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer		
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG (mobocertinib succinate)	Tier 2	PA
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	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>	Tier 2	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Tier 2	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Tier 2	PA
Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Tier 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)	Tier 2	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Tier 2	PA
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Tier 2	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Tier 2	PA
Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	PA
Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Polymyxin Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (Iomustine)	Tier 2	
Prostaglandins - Drugs For Cancer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Tier 2	
Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer		
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Tier 4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Tier 4	PA
Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
Vaccines - Bacterial - Drugs For Cancer		
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (estramustine phosphate sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vaccines - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 2	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Tier 2	PA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Tier 2	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Tier 2	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Tier 2	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Tier 2	PA
Vaccines - Viral - Drugs For Cancer		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Tier 2	
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
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	
JULIE 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	PV	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills		
<i>l norgestrel/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	
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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
JULIE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	PV	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	PV	
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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	PV	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	PV	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	PV	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	PV	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	PV	
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	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 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	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24)/75 Mg (4))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	PV	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	PV	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmyl 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: 07/01/2024

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	
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	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	PV	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel-ethinyl 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	
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	PV	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	PV	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	PV	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	PV	
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet, Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	PV	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	PV	
Antineoplastic - Photosensitizers - Birth Control Pills		
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	PV	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	PV	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	PV	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg (28))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	PV	
Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	PV	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	PV	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	PV	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	PV	
Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	PV	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	PV	
Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	PV	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	PV	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	PV	
Diagnostic Agents - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Amethia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	PV	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	PV	
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	PV	
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	PV	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<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	
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-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML (medroxyprogesterone acetate)	PV	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	PV	
Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills		
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	PV	
Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	PV	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	PV	
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)	Tier 4	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Hipofosfatasia - 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiporphyrin Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Tier 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Tier 2	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Tier 2	
Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 2	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Tier 2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 2	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 2	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Tier 4	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Tier 2	PA
Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Tier 2	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Tier 4	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Tier 4	PA
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (naldemedine tosylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Movantik in 120 days; 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>	Tier 4	
Antídoto - Envenenamiento De Acetaminofén - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Tier 1	
Antídoto Otros - Drugs For Overdose Or Poisoning		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (zinc acetate)	Tier 2	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Tier 2	
WILZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC) (zinc acetate)	Tier 2	
Antifungal - Amphoteric Polyene Macrolides - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cytoprotective Agents - Drugs For Overdose Or Poisoning		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (pralidoxime chloride/atropine sulfate)	Tier 4	
Immunosuppressive - Calcineurin Inhibitors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Tier 2	
Urinary Antispasmodic Combinations - Drugs For Overdose Or Poisoning		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Tier 2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection auto-injector 10 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Tier 1	QL (4 EA per 30 days)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (nalmeferene HCl)	Tier 2	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Tier 4	QL (2 ML per 30 days)
Antiseptic - Chlorine Releasing		
Endothelin Receptor Antagonists		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Tier 2	PA
Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Tier 2	PA
Pah-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 60 MG (sotatercept-csrk)	Tier 4	
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))	Tier 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Tier 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Tier 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Tier 1	PA
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)	Tier 2	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Tier 2	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Tier 2	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Tier 2	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16 MCG (112)- 32 MCG (84), 16(112)-32(112) - 48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Tier 2	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Tier 2	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 2	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Tier 2	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Tier 2	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Tier 2	PA
Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol		
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Tier 2	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Tier 2	
Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar- Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure		
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Tier 2	PA
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Tier 2	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Tier 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)	Tier 2	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Tier 2	PA
Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Tier 2	
Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure		
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Tier 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Tier 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Tier 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
niacin (Niacor Oral Tablet 500 Mg)	Tier 1	
Antagonistas De Receptor De Bradiquinina B2 - Drugs For The Heart		
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Tier 4	PA
icatibant acetate (Sajazir Subcutaneous Syringe 30 Mg/3 MI)	Tier 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)	Tier 4	
Antianginal - Potassium-Channel Agonists - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 2	PA
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antianginal Agents Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Tier 4	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOANZ ORAL TABLET 40 MG, 60 MG (torsemide)	Tier 2	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Tier 2	PA
Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Tier 1	
<i>cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram</i>	Tier 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Tier 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Tier 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Tier 1	
cholestyramine/aspartame (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Tier 1	

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

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

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

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

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

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>	Tier 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Tier 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Tier 1	
Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Tier 2	PA
Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination in 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Valsartan tablets in 120 days
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Tier 2	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Rosuvastatin Calcium 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 Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) (simvastatin)	Tier 2	PA
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	PV	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	PV	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	PV	ST: Must meet 2 of the following requirements: Altoprev, Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, Flolipid, Lovastatin, Pravastatin Sodium, or Simvastatin in 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

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>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, AGE 40-75 YEARS AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Livalo 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 Asequibles (ACA)

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

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

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

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>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Fenofibrate Nanocrystallized, Fenofibrate, Fenofibrate, micronized, or Triglide in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acl) Inhibitor - Drugs For Cholesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atorvastatin Calcium, Flolipid, Fluvastatin Sodium, Lovastatin, Pravastatin Sodium, Rosuvastatin Calcium, or Simvastatin in 120 days
Antihypertensive Therapy Agents - Drugs For Cholesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(drlec) 135 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Tier 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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>	Tier 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 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)	Tier 2	PA
Bloqueador De Receptores De Angiotensina li (Arb)-Bloqueador De Canal De Calcio-Diuretico - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Tier 2	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Tier 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Amlodipine Besylate tablets in 120 days
Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilalquilaminas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Tier 1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination in 120 days
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Tier 1	
Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Tier 2	PA
Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure		
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Tier 2	
Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Tier 2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 2	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Tier 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Spironolactone tablets in 120 days; QL (600 ML per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Diuréticos - Antagonistas De Receptor Selectivo De Arginina Vasopresina V2 - Drugs For High Blood Pressure		
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Tier 2	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5 ML (chlorothiazide)	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
THALITONE ORAL TABLET 15 MG (chlorthalidone)	Tier 2	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Gonadotropins - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Tier 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Tier 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
General Anesthetics - Drugs For Cholesterol		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Tier 2	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 MG (120 MG-180 MG), 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 1	
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 1	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 500-115-30-64 mg</i>	Tier 1	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 600-125-32.5-60 mg</i>	Tier 1	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Tier 2	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 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)	Tier 2	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Tier 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)	Tier 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 100-400-1,000 mg, 415-670 mg</i>	Tier 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Tier 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 300 mg (120 mg-180mg)-1,000 mg</i>	Tier 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(drlec) 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 450 mg (128 mg- 322 mg)-650 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGA MONOPURE DHA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 790 MG-675 MG-118 MG-1,300 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Tier 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)	Tier 2	
OMEGA-3 2100 ORAL CAPSULE 1,050 MG(300 MG -675 MG-75 MG) (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Tier 2	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Tier 1	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Tier 1	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 720-1,200 mg</i>	Tier 2	
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMEGAPURE-900 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 967 MG-385 MG- 515 MG-1,290 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Tier 2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Tier 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)	Tier 2	
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Tier 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)	Tier 2	PA
Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Tier 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Must meet the following requirement: Sotalol HCL in 120 days
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure		
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 2	PA
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tier 2	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Tier 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>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
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>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, or Rosuvastatin Calcium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ROSZET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-5 MG (ezetimibe/rosuvastatin calcium)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Atorvaliq, Atorvastatin Calcium, or Rosuvastatin Calcium in 365 days; 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>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES, PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Tier 2	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Tier 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Bisoprolol Fumarate, Carvedilol, or Metoprolol Succinate in 120 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Propranolol HCL in 120 days
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Tier 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Must meet the following requirement: Sotalol HCL in 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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>	Tier 1	
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amlodipine Besylate, Amlodipine Besylate/Benazepril, Benazepril HCL, Captopril, Enalapril Maleate, Fosinopril Sodium, Lisinopril, Moexipril HCL, Norliqva, Perindopril Erbumine, Qbrelis, Quinapril HCL, Ramipril, or Trandolapril in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Tier 1	
Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	
Oxytocic Mixtures - Drugs For Angina		
<i>amyl nitrite inhalation solution 0.3 ml</i>	Tier 1	
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Two generic sublingual Nitroglycerin products in 365 days
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Tier 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Tier 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Tier 1	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Tier 2	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Tier 1	
Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (finerenone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Spironolactone tablets in 120 days; QL (600 ML per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 4	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Tier 4	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart		
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Tier 2	PA
Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Enalapril tablets in 120 days if 12 years of age and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lisinopril in 120 days if 12 years of age and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure		
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Tier 2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
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)	Tier 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>	Tier 4	QL (4 EA per 1 FILL)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Tier 4	QL (4 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 Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 2	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Tier 2	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>	Tier 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure		
<i>papaverine injection solution 30 mg/ml</i>	Tier 4	
Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Antiseptics And Disinfectants		
Hematopoietic Agents - Hypoxia Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inh		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (daprodustat)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pnh - Complement Factor B Inhibitors		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 2	PA
Pnh - Complement Factor D Inhibitors		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 2	PA
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood		
Agente Mimético-Factor Viii, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML (emicizumab-kxwh)	Tier 4	PA
Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Tier 2	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Tier 2	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Tier 2	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Tier 2	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Tier 2	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Tier 2	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Tier 2	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Tier 2	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Tier 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Tier 2	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Tier 2	
SURGIFLO TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge,absorbable)	Tier 2	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Tier 2	
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Tier 1	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing,hemostatic)	Tier 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)	Tier 2	
Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Tier 4	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Tier 4	PA
Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 4	PA
CABLIVI INJECTION RECON SOLN 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Tier 4	PA
Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Tier 2	PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 2	PA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Tier 2	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Tier 2	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Tier 2	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Tier 2	PA
Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Tier 2	PA
Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Tier 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)	Tier 4	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Tier 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Tier 4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Tier 4	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Tier 4	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Tier 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Tier 4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Tier 4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Tier 4	PA
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Tier 4	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapegrastim-xnst)	Tier 4	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Tier 4	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 4	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Tier 4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Tier 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Tier 4	PA
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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Tier 4	PA
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Tier 4	PA
MIRCERA INJECTION SYRINGE 100 MCG/0.3 ML, 120 MCG/0.3 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.3 ML, 30 MCG/0.3 ML, 50 MCG/0.3 ML, 75 MCG/0.3 ML (methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)	Tier 4	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Tier 4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Tier 4	PA
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)	Tier 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Tier 4	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 4	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 4	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) subcutaneous syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	Tier 4	
Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Tier 4	PA
Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Tier 4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (7.6 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (43.2 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (12 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium,porcine)	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)
Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Tier 4	
Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-omeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 81-40 mg</i>	Tier 1	PA
YOSPRALA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding		
EVARREST TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 2 X 4 ", 4 X 4 " (fibrinogen/thrombin (human plasma derived))	Tier 2	
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(2ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML(5 ML X 2) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Tier 2	
FLOSEAL TOPICAL KIT 2,500 UNIT (thrombin(human plasma derived)/gelatin matrix, bovine)	Tier 2	
TACHOSIL TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 4.8 X 4.8 CM, 9.5 X 4.8 CM (fibrinogen/thrombin (human plasma derived))	Tier 2	
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT TOPICAL SYRINGE 500 UNIT-80 MG /ML (10 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (2 ML), 500 UNIT-80 MG /ML (4 ML) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Tier 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)	Tier 4	
Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Tier 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>	Tier 4	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous solution 100 unit/ml (1 ml)</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Tier 4	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding		
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Tier 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Tier 1	
Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Eliquis and Xarelto in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Tier 2	PA
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Agentes De Tienopiridina - Drugs For The Blood		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	PV	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	PV	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	PV	
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>	Tier 1	
Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Tier 4	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Tier 4	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)
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)	Tier 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Tier 2	QL (74 EA per 30 days)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Eliquis and Xarelto in 365 days; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (rivaroxaban)	Tier 2	QL (51 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Tier 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
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)	Tier 4	
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT, 750 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length, peg)	Tier 4	
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII recomb,single-chn,B-dom truncated)	Tier 4	
ALPHANATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML, 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML, 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML, 250 (100 VWF) UNIT/5 ML, 500 (200 VWF) UNIT/5 ML (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Tier 4	
ALTUVIIIIO INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor rFVIII Fc-VWF-XTEN,BDD-eh1)	Tier 4	
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, Fc fusion protein)	Tier 4	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Tier 4	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Tier 4	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-aucl)	Tier 4	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Tier 4	
KOGENATE FS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Tier 4	
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Tier 4	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII recombinant, B-domain truncated)	Tier 4	
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (antihemophilic factor VIII rec HEK cell, B-domain deleted)	Tier 4	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Tier 4	
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Tier 4	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Tier 4	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Tier 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)	Tier 4	
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)	Tier 2	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Tier 2	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Tier 1	
<i>citric-sod citrat-sod phos-dex solution 0.327-2.63 gram/100 ml</i>	Tier 1	
REGIOCIT (EUA) SOLUTION 5.03-5.29 GRAM/L (sodium chloride/sodium citrate)	Tier 2	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Tier 1	
Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 4	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Tier 2	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Tier 2	PA
Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Tier 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)	Tier 4	
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX recombinant, Fc fusion protein)	Tier 4	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 4	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Tier 4	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Tier 4	
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin cplx conc(pcc) no.4, 3-factor)	Tier 4	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Tier 4	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Tier 4	
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))	Tier 4	
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Tier 4	
Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding		
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Tier 4	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Tier 4	
Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Tier 4	PA
Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Tier 2	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Tier 2	PA
Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Tier 2	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 2	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Droxia or Hydroxyurea in 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
Sickle Hemoglobin (Hbs) Polymerization Inhibitor - Drugs For The Blood		
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG (voxelotor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION 300 MG (voxelotor)	Tier 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)	Tier 2	PA
Vitamins - B-1, Thiamine And Derivatives - Drugs For The Blood		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Tier 1	
Vitamins - Drugs For The Blood		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
Vitamins - Water Soluble - Drugs For The Blood		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Tier 1	
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales		
Electrolyte Depleters - Sodium-Hydrogen Exchanger 3 (Nhe3) Inhibitors		
XPHOZAH ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (tenapanor HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Tier 1	
BALANCED B-50 COMPLEX (FOLIC) ORAL TABLET 50 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Tier 2	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Tier 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)	Tier 2	
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Tier 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)	Tier 2	
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Tier 1	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Tier 1	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Tier 1	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Tier 1	
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol/herbs)	Tier 1	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral capsule 400 mcg-25 mg-100 mg</i>	Tier 1	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Tier 1	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Tier 1	
Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet,chewable 25 mcg (1,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet,chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 125 mcg (5,000 unit)</i>	Tier 2	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 50 mcg (2,000 unit)</i>	Tier 1	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
D-VI-SOL ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Tier 1	
OSTEO-VIT3 ORAL DROPS 1,250 MCG/3 ML (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
<i>ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))</i>	Tier 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 1	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 2	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Tier 1	
L-CARNOSINE ORAL CAPSULE 500 MG (carnosine)	Tier 1	
L-GLUTAMINE ORAL CAPSULE 750 MG (glutamine)	Tier 1	
L-GLUTAMINE ORAL TABLET 1,000 MG (glutamine)	Tier 1	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Tier 2	
<i>taurine oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 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 sod EDTA, ps cplex/folic acid/omega3)	Tier 1	
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/sod.feredetate-iron ps/folic acid/omega-3)	Tier 1	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate combo no.6/dha)	Tier 2	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl, gluc/folic acid/docusate)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vit no.76/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Tier 1	
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Tier 2	
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DUET DHA WITH OMEGA-3 ORAL COMBO PACK 25 MG IRON-1 MG -400 MG (prenatal vits 106/sod feredetate-iron ps/folic acid/omega-3s)	Tier 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 1	
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Tier 1	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Tier 1	
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Tier 1	
NATACHEW (FE BIS-GLYCINATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 28 MG IRON -1 MG (prenatal vitamin no.55/iron fumarate,bisglycinate/folic acid)	Tier 2	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Tier 2	
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamin comb no.86/iron ps cmplx/folic acid/dha/epa)	Tier 2	
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Tier 2	
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamin no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Tier 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Tier 2	
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal no56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Tier 2	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 1	
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR,CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha)	Tier 1	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Tier 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)	Tier 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-235 MG (prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Tier 2	
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vit with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg HCl, sucprot/folic acid/omega-3)	Tier 1	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Tier 1	
PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly HCl, sucprot/folic acid/omega-3)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
PRENA1 CHEW ORAL TABLET, CHEW, IR - DR, BIPHASE 1.4 MG (prenatal vitamins combination no.42/folic acid)	Tier 1	
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE, IR - DELAY REL, BIPHASE 30-1.4-200 MG (prenatal vit no.71/iron fumsodium ferredetate/folic acid/dha)	Tier 1	
PRENA1 TRUE ORAL COMBO PACK 30 MG IRON- 1.4 MG-300 MG (prenatal vits no.105/iron amino acid chelate/folic acid/dha)	Tier 1	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Tier 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
PRENATA ORAL TABLET, CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron, carbonyl/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Tier 1	
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Tier 2	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON-272 MCG DFE (prenatal vit no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Tier 2	
PRENATAL MULTI-DHA(WITH VIT K) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-260 MG (prenatal vits no.151/iron fum/folic acid/omega3/dha/epa/fish)	Tier 2	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 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)	Tier 2	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins no.159/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18 MG IRON-1 MG -300 MG (prenatal vitamins no.78/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Tier 2	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous asparto glycin/folate no.1)	Tier 2	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate comb. no.6)	Tier 2	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Tier 2	
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron carb-asp.glycin/folate no.1/dha)	Tier 2	
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Tier 2	
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Tier 2	
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycin/folic acid)	Tier 2	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycin/folate no.6/dha)	Tier 2	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/iron fumarate,polysac complex/folic acid)	Tier 2	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vit no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Tier 1	
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Tier 2	
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin no.13/iron polysaccharides/folate comb no.1)	Tier 1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
SE-NATAL-19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Tier 2	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Tier 1	
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 2	
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate comb no.9/dha)	Tier 2	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 23 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Tier 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)	Tier 2	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vit no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Tier 1	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vit no.67/iron polysaccharides/folate comb.no.1/dha)	Tier 2	
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Tier 1	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Tier 2	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vits no.25/ferrous fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 2	
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha)	Tier 1	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamin no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Tier 2	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate comb no.9/dha)	Tier 1	
Analgesic Opioid Codeine Combinations - Drugs For Nutrition		
RENACARB ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 260-470 MG (magnesium carbonate/sodium bicarbonate)	Tier 1	
Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Tier 1	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Tier 1	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Tier 2	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Tier 2	
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Tier 1	
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)	Tier 2	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Tier 1	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium 26-vit d3-magnesium 15 oral capsule 167 mg calcium- 1.67 mcg-83 mg</i>	Tier 2	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet, chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium-magnesium-vit d3-boron oral capsule 400 mg-133 mg- 6.67 mcg-1 mg</i>	Tier 2	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet, chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Tier 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)	Tier 2	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET, CHEWABLE 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Tier 2	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Tier 2	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Tier 2	
Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Tier 2	
MAGMIND ORAL CAPSULE 48 MG MAGNESIUM (667 MG) (magnesium L-threonate)	Tier 2	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Tier 1	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb,citrate,oxide)	Tier 2	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Tier 2	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Tier 1	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Tier 1	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Tier 2	
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Tier 2	
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Tier 2	
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET, CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Tier 2	
Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Tier 2	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Tier 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Tier 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Tier 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Tier 2	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Tier 1	
GUMMY DINOS ORAL TABLET, CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Tier 1	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Tier 1	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10-MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Tier 1	
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Tier 1	
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Tier 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>	Tier 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)	Tier 2	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Tier 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)	Tier 2	
MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.219 with sodium fluoride)	Tier 1	
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.175 with fluoride)	Tier 2	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Tier 2	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Tier 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)	Tier 2	
Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Tier 2	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Tier 2	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 4	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray,non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 2,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Tier 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet,chewable 1,500 mcg, 500 mcg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Tier 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 3,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Tier 2	
cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/MI)	Tier 4	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Tier 4	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Tier 4	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral lozenge 1,000 mcg</i>	Tier 2	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Tier 1	
VITAMIN B-12 ORAL TABLET 1,000 MCG (cyanocobalamin (vitamin B-12))	Tier 1	
Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition		
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 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)	Tier 2	
<i>methyltetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Tier 2	PA
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Tier 1	
FERRETT'S IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Tier 1	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Tier 1	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron)</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Tier 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/lec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Tier 1	
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Tier 1	
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Tier 2	
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron</i>	Tier 2	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 29 mg iron</i>	Tier 1	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron,carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Tier 2	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Tier 1	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Tier 1	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 2	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Tier 1	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Tier 2	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Tier 2	
Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1 MG-12 MCG (iron asp gly/ascorbic acid/folate no.1/vit B12/zinc/succinic)	Tier 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)	Tier 2	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Tier 1	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Tier 2	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Tier 2	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vitB comp with C no.9)	Tier 1	
IRON FOLATE-F ORAL CAPSULE 125-1-40-3 MG (iron fumarate,polysac comp/folic acid/vitamin C/niacinamide)	Tier 1	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Tier 1	
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb,glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Tier 2	
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Tier 2	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph,plant/inulin)	Tier 2	
VITRON-C ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron,carbonyl/ascorbic acid)	Tier 2	
Anticonvulsants - Drugs For Nutrition		
DANDLELION KISSES ORAL DROPS 24 % (sucrose)	Tier 2	
<i>saccharin powder</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition		
<i>vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml</i>	Tier 1	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Tier 2	
Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition		
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)</i>	Tier 1	
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Tier 1	
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition		
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcium pantothenate oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>pantethine oral capsule 450 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral liquid 100 mg/2.5 ml</i>	Tier 2	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Tier 4	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 94 mg</i>	Tier 1	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Tier 2	
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Tier 1	
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Tier 1	
VITAJOY DAILY C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Tier 1	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Tier 2	
Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition		
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 2	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate combo no.6)	Tier 1	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Tier 2	
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 2	
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.178/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	Tier 1	
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 2	
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Tier 2	
Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition		
<i>acetylcarnitine oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Tier 2	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Tier 1	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Tier 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition		
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Tier 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Tier 2	
VITAMIN C FIZZY DRINK ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Tier 1	
VITAMIN C POWDER BLEND ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Tier 1	
Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Tier 4	
Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition		
<i>biotin oral capsule 10,000 mcg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet 1 mg</i>	Tier 2	
<i>biotin oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet,chewable 2,500 mcg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet,chewable 5,000 mcg</i>	Tier 1	
<i>biotin oral tablet,disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg</i>	Tier 1	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAJEY BIOTIN ORAL TABLET,CHEWABLE 2,500 MCG (biotin)	Tier 1	
Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Tier 1	
<i>beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 1	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Tier 1	
Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Tier 2	
Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Tier 1	
<i>ascorbate calcium-bioflavonoid oral tablet 500-250 mg</i>	Tier 1	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Tier 2	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Tier 2	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (inositol/choline bitart/bioflavonoid,lemon/vit B complex C)	Tier 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)	Tier 2	
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Tier 2	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX PUREFOLTIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 1	
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Tier 2	
Diluents - Others - Drugs For Nutrition		
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION (diluent for mitomycin (hydroxypropyl,poloxam,polyethyl))	Tier 2	
Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride injection syringe 0.9 %</i>	Tier 4	
Diluyentes - Diluyentes De Vacunas - Drugs For Nutrition		
DILUENT FOR ROTARIX ORAL SYRINGE (diluent for oral live rotavirus vaccine (calcium carbonate))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Tier 4	
Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Tier 2	
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	Tier 2	
<i>zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg</i>	Tier 2	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>zinc glycinate oral capsule 20 mg</i>	Tier 1	
<i>zinc glycinate oral capsule 30 mg</i>	Tier 2	
<i>zinc glycinate oral tablet,chewable 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)</i>	Tier 1	
<i>zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)</i>	Tier 1	
Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Tier 1	
<i>vit c-zinc cit,gluc-echin purp oral lozenge 100-23-20 mg</i>	Tier 1	
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Tier 2	
General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Tier 2	
Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 4	
CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 4	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Tier 4	
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Tier 4	
Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Tier 2	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Tier 2	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Tier 2	
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Tier 2	
LIQUACEL ORAL LIQUID 16-100 GRAM-KCAL/30 ML (amino acids/protein hydrolysate)	Tier 2	
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Tier 2	
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Tier 2	
<i>whey protein, conc-isolate oral powder 30 gram- 170 kcal/scoop, 30 gram- 180 kcal/scoop</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Tier 2	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Tier 1	
Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Tier 2	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Tier 1	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Tier 2	
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Tier 1	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Tier 1	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Tier 1	
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Tier 2	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Tier 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)	Tier 2	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 1	
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Tier 2	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Tier 1	
Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride oral solution 234 mg/ml (4 meq/ml)</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride tablet, soluble 1,000 mg</i>	Tier 1	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet, chewable 66.6-25 mg</i>	Tier 1	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Tier 2	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Tier 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Tier 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-12.5 mcg (500 unit)</i>	Tier 1	
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet,chewable 250 mg-10 mcg (400 unit), 250 mg-12.5 mcg (500 unit)</i>	Tier 1	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 1	
UPCAL D ORAL POWDER IN PACKET 500 MG-12.5 MCG /5 GRAM (calcium citrate/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Tier 2	
Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Tier 2	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Tier 1	
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 20 Meq)	Tier 1	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Tier 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium citrate oral capsule 99 mg</i>	Tier 2	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition		
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Tier 1	
<i>selenium oral tablet 50 mcg</i>	Tier 1	
Multivitámicos - 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)	Tier 2	
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Tier 2	
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Tier 2	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Tier 2	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinat/folate no.8/phosph-dha)	Tier 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Tier 2	
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Tier 1	
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron carbonyl,b-g che/methyltetrahydrofolate/dha)	Tier 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron carb,bisgl/methylfolate/docusate/dha)	Tier 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Tier 2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Tier 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 1	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Tier 2	
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Tier 2	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Tier 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)	Tier 2	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 1	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 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)	Tier 1	
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Tier 1	
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 1	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Tier 1	
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)	Tier 1	
<i>potassium, sodium phosphates oral powder in packet 280-160-250 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition		
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Tier 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)	Tier 2	
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Tier 2	
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Tier 2	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition		
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Tier 2	
VILACTIN AA PLUS 15 PE ORAL POWDER IN PACKET 37.6 GRAM-375 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition		
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Tier 1	
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Tier 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Tier 2	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Tier 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)	Tier 2	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Tier 2	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Tier 2	
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 2	
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Tier 2	
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 2	
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Tier 2	
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Tier 2	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Tier 2	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Tier 2	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Tier 2	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Tier 2	
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
PEPTAMEN JUNIOR PHGG ORAL LIQUID 0.036 GRAM-1.2 KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Tier 2	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Tier 2	
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Tier 2	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Tier 2	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Tier 2	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Tier 2	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Tier 2	
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)	Tier 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Tier 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Tier 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Tier 2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Tier 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)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Tier 2	
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Tier 2	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,zinc,copper 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Tier 1	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivitamin/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Tier 2	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Tier 2	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Tier 2	
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Tier 2	
ALIVE MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE-40 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.335)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 2	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Tier 2	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM MEN'S ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin,minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-166.7 MCG-66.7 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM WOMEN'S ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS (BLEND) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -37.5 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE WOMEN'S ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG (multivit,calcium,minerals/iron/folic acid/vit K/herb no.293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Tier 2	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Tier 2	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Tier 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Tier 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Tier 2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Tier 2	
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 2	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 2	
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Tier 1	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Tier 2	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Tier 2	
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Tier 2	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin with min no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Tier 2	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 2	
ESTROVEN MENOPAUSE ORAL TABLET 400 MCG-40 MG- 40 MG-100 MG (multivitamin, min/folic acid/black cohosh/isoflavones/jujube)	Tier 2	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Tier 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Tier 1	
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Tier 2	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 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)	Tier 2	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Tier 1	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Tier 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Tier 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)	Tier 1	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Tier 2	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Tier 1	
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin with min no.103/levomefolate calcium/inulin)	Tier 2	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 1	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 1	
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
MEN'S ONE DAILY ORAL TABLET 400-20-300 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Tier 2	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Tier 2	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Tier 2	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet,chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Tier 1	
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Tier 1	
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 1	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Tier 2	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 12 mg iron/15 ml</i>	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Tier 2	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Tier 1	
NUMAQULA VITAMIN ORAL TABLET 333 MCG-3 MG-0.67 MG (multivitamin with minerals/folic acid/lutein/zeaxanthin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Tier 2	
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Tier 2	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 1	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Tier 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Tier 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)	Tier 1	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Tier 1	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Tier 2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Tier 2	
ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Tier 1	
PHLEXY-VITS ORAL POWDER IN PACKET 15 MG- 700 MCG (multivitamin with minerals/ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Tier 1	
PRENATAL GUMMIES (DHA-EPA) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5MG- 25 MG-7.5 MG (mv-min no.104/folic acid/om-3/dha/epa/other om-3s/fish oil)	Tier 1	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Tier 2	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG- 300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPECTRAVITE MEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Tier 1	
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Tier 1	
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Tier 2	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI ORAL TABLET 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30 MCG (multivit-min/iron gly/levomefolate calc/K2/ginkgo leaf/herbs)	Tier 2	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Tier 2	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Tier 1	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Tier 1	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Tier 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)	Tier 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Tier 2	
VITAJoy ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Tier 2	
VITRUM 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Tier 1	
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with min no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Tier 1	
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Tier 1	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Tier 1	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Tier 2	
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Tier 1	
WOMEN'S ONE DAILY ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-500 MG (multivitamin-minerals/iron fum/folic acid/calcium carb/vit K)	Tier 1	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Tier 1	
Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Tier 2	
MK-7 ORAL CAPSULE 180 MCG, 90 MCG (vitamin K2)	Tier 2	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Tier 4	
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ml)	Tier 4	
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Tier 2	
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Tier 1	
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Tier 2	
Soluciones De Cloruro De Sodio, Concentrado - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride oral solution 234 mg/ml (4 meq/ml)</i>	Tier 1	
Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Tier 2	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Tier 2	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride tablet,soluble 1,000 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TIS-U-SOL PENTALYTE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 800-40-20-8.75- 6.25 MG/100 ML (sodium chloride/pot chloride/mag sul/sod phos,db/pot phos,mb)	Tier 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Tier 1	
Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition		
FAMIL-E ORAL CAPSULE 41-250-38 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Tier 2	
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Tier 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)	Tier 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CELEBRATE B-12 QUICK-MELT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1,000-200 MCG (cyanocobalamin/mecobalamin/folic acid)	Tier 2	
DENOVO PLUS B12 ORAL CAPSULE 25,000 MCG DFE-2,000 MCG (methyltetrahydrofolate calcium/mecobalamin)	Tier 2	
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Tier 2	
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet,disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet, disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Tier 1	
Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 2	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 2	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Tier 2	
K-RIGHT ORAL CAPSULE 50-500-1,500 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K1/MK4/MK7)	Tier 2	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Tier 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>	Tier 1	
Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX-VITAMIN C ORAL TABLET, CHEWABLE 20 MG-5 MG- 2 MG-75 MCG (niacin/calcium pantothen/B6/biotin/folic ac/B12/inosit/vit C)	Tier 1	
<i>b12-methyltetrahydrofolate-b6 oral tablet, chewable 1,000mcg-680mcg dfe-1.5 mg, 5,000 mcg-1,360 mcg dfe-2.5 mg</i>	Tier 1	
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Tier 2	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Tier 2	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUFOLA ORAL CAPSULE 25 MG-3,500 MCG DFE-1 MG-300 MG (pyridoxal phosphate/levomefolate calcium/mecobalamin/ALA)	Tier 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Tier 1	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Tier 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)	Tier 4	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Tier 4	
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Tier 1	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Tier 1	
<i>vitamin b complex oral tablet, disintegrating</i>	Tier 1	
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)	Tier 2	
ALIVE PREMIUM KIDS ORAL TABLET,CHEWABLE 66.5 MG (pediatric multivitamin no.204/herbal complex no.293)	Tier 2	
CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MCG (pediatric multivitamin no.233/lutein)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Tier 1	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Tier 1	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Tier 2	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Tier 2	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfate)	Tier 2	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfate)	Tier 2	
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON (pediatric multivitamin no.226/ferrous sulfate)	Tier 2	
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Tier 2	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Tier 2	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Tier 1	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Tier 2	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Tier 1	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.238)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Tier 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)	Tier 2	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Tier 1	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Tier 1	
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Tier 2	
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)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND NO HISTORY OF AREXVY
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 60 YEARS OF AGE OR OLDER
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)	Tier 4	
Antineoplastic - Retinoids - Vaccines		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated, 89-12 strain, G1P(8))	Tier 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Tier 2	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Tier 4	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Gramnegativos (Non-Entéricos) - Vaccines		
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Tier 2	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines		
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Tier 2	
Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines		
PNEUMOVAX-23 INJECTION SOLUTION 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS|\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS|\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 11 TO 17 YEARS|\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND AGE 18 TO 23 YEARS
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (meningococ A,C,Y,W-135,TT comp/N. mening B,fHBP rec comp/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 18-25 YEARS

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronysinus,standard)	Tier 2	PA
Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Tier 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 100 INDX REACTIVITY, 100 IR (3) /300 IR (6), 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Tier 2	PA
Glucocorticoids - Biological Agents		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Tier 2	PA
Gout And Hyperuricemia - Purine Inhibitor-Antimitotic Combinations - Vaccines		
<i>adenovirus vac live type-4, 7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-4 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 2	
<i>adenovirus vaccine live type-7 oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adult)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Tier 4	PA
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %), 8 GRAM/40 ML (20 %) (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 4	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 4	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Tier 4	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Tier 4	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Tier 4	PA
HYQVIA IG COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 30 GRAM/300 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Tier 4	PA
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG) human/hyaluronidase, human recomb)	Tier 4	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)-klhw human)	Tier 4	PA
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 50 YEARS OF AGE OR OLDER
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Tier 2	
Peanut Desensitization Agents - Biological Agents		
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
PALFORZIA INITIAL DOSE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Tier 2	PA
Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND AGE 10 TO 25 YEARS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 10 TO 25 YEARS
Químicos, Irritante/Alergénico - Biological Agents		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED (chemical allergens)	Tier 2	
Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines		
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 30 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (12 yr and up) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (12 yr and up) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2023-24 (6 mo-11 yrs) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.25 AND AGE 6 MONTHS TO 11 YEARS
NOVAVAX COVID 2023-24(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 XBB.1.5, recomb/adjuvant-Matrix/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-2024 (5-11 years) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND AGE 5-11 YEARS
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3 MCG/0.3 ML (COVID vac 2023-24 (6 mos-4 yrs) XBB.1.5 (raxtozinameran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.3 AND AGE 6 MONTHS TO 4 YEARS
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 (12 yrs and up) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vacc 2023-24 (12 yrs and up) XBB.1.5 (andusomeran)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND 12 YEARS OF AGE OR OLDER
Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines		
AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (36 mos up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUAD QUAD 2023-24(65Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza vaccine quadrivalent 2023-24 (65 yr up)/MF59C.1/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-2024(6 mos and up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine qv 2023-24(18 yrs and older)rcmb/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (flu vaccine quad 2023-2024(6 month and older)cell derived/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (flu vaccine quadrivalent 2023-2024(6 month and older)cell derived)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-2024(6 mos and up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUMIST QUAD 2023-2024 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine quadrivalent live 2023-2024 (2 yrs-49 yrs))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
FLUZONE HIGHDOSE QUAD 23-24 PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 240 MCG/0.7 ML (influenza virus vaccine quadrivalent split 2023-24(65 yr up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.7, FILL OF 1 IN 180 DAYS, AND 65 YEARS OF AGE OR OLDER
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-2024(6 mos and up)/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUZONE QUAD 2023-2024 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML (influenza virus vaccine quadrivalent 2023-24 (6 mos and up))	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5 AND FILL OF 1 IN 180 DAYS
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 IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
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 IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 YEARS
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND AGE 9 TO 45 YEARS
Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines		
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 4 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 0.5, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant, isoform S,M,L/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY IS 1, FILL OF 3 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

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)	Tier 2	
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil)	Tier 2	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Tier 2	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Tier 1	
Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Tier 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Tier 1	
Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat		
ACT DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (xylitol/isomalt/glycerin)	Tier 2	
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Tier 2	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat		
GELX MUCOUS MEMBRANE GEL (povidone/taurine/zinc gluconate/peg-40 castor oil)	Tier 2	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Tier 2	
ORAFATE MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Tier 2	
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Tier 2	
Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Tier 2	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Tier 2	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Tier 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Tier 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Tier 2	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Glucose Monitoring Test Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
KOVANAZE NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 6-0.1 MG/0.2 ML (tetracaine HCl/oxymetazoline HCl)	Tier 2	
ORAQIX DENTAL CARTRIDGE 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Tier 2	PA
Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Tier 1	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Tier 1	
Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	PV	\$0 COPAY IF AGE 6 MONTHS TO 6 YEARS
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	PV	\$0 COPAY IF AGE 6 MONTHS TO 6 YEARS
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 2	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 2	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Tier 2	
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Tier 2	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 2	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Tier 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Tier 1	
Clase Fdb Obsoleta-No Usada		
Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 2	
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 2	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Tier 2	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Tier 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: 07/01/2024

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		
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Tier 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 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	PV	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

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

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

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

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

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

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>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inflamatory Bowel Agent - Tumor Necrosis Factor Alpha Blockers - Drugs For Opioid Addiction		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Tier 2	
Inflamatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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 oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 DAYS IN 365, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
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>	Tier 1	
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals		
Dermatological - Antineoplastic Retinoids - Vitamins And Minerals		
<i>bromelains oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
HYQVIA HY COMPONENT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 UNIT/10 ML, 2,400 UNIT/15 ML, 200 UNIT/1.25 ML, 400 UNIT/2.5 ML, 800 UNIT/5 ML (hyaluronidase, human recombinant)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants		
Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Tacrolimus in 120 days
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Tacrolimus in 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Tier 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Tier 2	PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Tier 2	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)	Tier 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Immunosuppressive - Interleukin-6 (II-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Tier 4	PA
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>	Tier 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants		
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec) 180 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Tier 2	PA
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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Tier 2	PA
Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Tier 2	PA
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Duloxetine two 20mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ACTIVE-PAC KIT,GEL AND CAPSULE 300-4-1 MG-%-% (gabapentin/lidocaine HCl/menthol)	Tier 2	
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 2	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release 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 Asequibles (ACA)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 300 MG (9)- 600 MG (24) (gabapentin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Gabapentin immediate release in 120 days; QL (33 EA per 15 days)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (3 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 2	PA
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 2	PA
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphane malate)	Tier 2	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
carbamazepine (Epiol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Tier 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>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) - 100 mg (14)</i>	Tier 1	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (35))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (84) - 100 Mg (14))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (42) - 100 Mg (7))	Tier 2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Tier 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder		
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimética, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
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)	Tier 2	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Tier 2	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (3 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes 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)	Tier 4	PA
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>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 2	QL (60 ML per 30 days)
Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (680 ML per 28 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (120 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lacosamide, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Vimpat, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (60 EA per 30 days)
Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 1 day)
<i>felbamate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>felbamate oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Tier 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Tier 2	PA
Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Tier 2	PA
VIMPAT ORAL TABLETS,DOSE PACK 50 MG (14)- 100 MG (14) (lacosamide)	Tier 2	
Anticonvulsivo - Derivados De Feniltriazina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Tier 2	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Tier 2	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 200 mg, 250 mg, 300 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Tier 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (35))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Tier 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets, Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Tier 1	
carbamazepine (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Tier 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Spritam, Topiramate, Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Spritam, Topiramate, Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 365 days; QL (4 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Tier 2	PA
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 25 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,extended release 24hr 50 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule,sprinkle,er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Topiramate tablets or sprinkles in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Topiramate tablets or sprinkles in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Tier 2	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (80 ML per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramatein in 365 days; QL (16 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clobazam, Clonazepam, Epidiolex, Felbamate, Lamotrigine, or Topiramate in 365 days; QL (8 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (phenytoin sodium extended)	Tier 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Tier 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Tier 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Tier 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Tier 1	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Tier 1	PA
Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 2	PA
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Tier 2	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Tier 2	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (cenobamate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbamazepine, Divalproex Sodium, Elepsia XR, Eprontia, Equetro, Gabapentin, Gralise, Lamictal XR, Lamotrigine, Levetiracetam, Neuraptine, Oxcarbazepine, Oxtellar XR, Sodium Valproate, Spritam, Topiramate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, Zonisade, or Zonisamide in 120 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression		
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Bupropion HCL, Citalopram Hydrobromide, Escitalopram Oxalate, Fluoxetine HCL, Mirtazapine, Paroxetine HCL, Sertraline HCL, or Venlafaxine HCL in 120 days
Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Tier 2	PA
Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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>	Tier 1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Tier 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>	Tier 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>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo-Inhibidores De Norepinafrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Bupropion HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Bupropion HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Tier 2	PA
Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (150 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
dextroamphetamine sulfate (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Antiemetics - Drugs For Insomnia		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Edluar or Zolpidem Tartrate in 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
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>	Tier 1	
Antiprotozoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Tier 1	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Tier 2	PA
Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectia Atípica 5-Ht2a (Ssia) - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 2	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Tier 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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (asenapine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Aripiprazole, Asenapine Maleate, Clozapine, Olanzapine, Paliperidone, Quetiapine Fumarate, Risperidone, or Ziprasidone HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
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)	Tier 2	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzodiazepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Aripiprazole, Asenapine Maleate, Clozapine, Olanzapine, Paliperidone, Quetiapine Fumarate, Risperidone, or Ziprasidone HCL in 365 days; QL (18 ML per 1 day)
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET WITH SENSOR AND STRIP 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 2	PA
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Tier 2	PA
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REXULTI ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.5 MG (7)- 1 MG (7), 1 MG (4)- 2 MG (3) (brexpiprazole)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
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>	Tier 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 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>	Tier 1	
SEROQUEL XR ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 50 MG(3)-200 MG (1)-300 MG(11) (quetiapine fumarate)	Tier 2	
Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Tier 2	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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>	Tier 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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Vraylar in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Entacapone in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Tier 2	PA
Antipsychotics, Atypical, Dopamine, Serotonin Antag And Opioid Antag Comb - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Tier 2	PA
Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Tier 2	PA
Benzodiacepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Tier 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Tier 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Tier 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Tier 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Lorazepam tablets in 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Tier 1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Flurazepam HCL, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Tier 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson		
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Carbidopa/levodopa, Duopa, or Rytary in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Selegiline capsules or tablets in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Tier 1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Tier 2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Tier 2	QL (10 EA per 30 days)
Contrast Media - Barium - Drugs For Depression		
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Tier 2	PA
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Duloxetine two 20mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAIN KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26), 20 MG (2)- 40 MG (5) (levomilnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (levomilnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Cyclobenzaprine HCL, Duloxetine HCL, Gabapentin, or Pregabalin in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Venlafaxine ER capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Tier 1	
Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 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)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Tier 2	QL (8 EA per 28 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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>	Tier 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Dermatological - Soap And/Or Cleanser Combinations - Drugs For Anxiety		
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 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)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Tier 2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine/amphetamine XR in 120 days; QL (450 ML per 30 days)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (methylphenidate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Tier 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JORNAY PM ORAL CAPSULE,DEL REL,EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (150 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral cap,er sprinkle,biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: One of the following generics: Concerta, Metadate CD, Ritalin LA, Methylin ER, or Ritalin-SR in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg, 63 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 45 mg</i>	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Methylphenidate HCL or Quillivant XR in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	120mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (240 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	150mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (300 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	180mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (360 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Tier 2	60mL BOTTLE; ST: Must meet the following requirement: Methylphenidate HCL in 120 days; QL (60 ML per 30 days)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine Sulfate immediate release (5mg or 10mg) tablets or Dextroamphetamine solution in 120 days; QL (90 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET,DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral suspen, ir - er, biphasic 24hr 1.25 mg/ml</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dextroamphetamine/amphetamine XR in 120 days; QL (450 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (240 ML per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Generic methylphenidate ER/LA/CD or dextroamphetamine/amphetamine XR/ER or lisdexamfetamine in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Tier 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Levetiracetam in 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG (levetiracetam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Levetiracetam in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia		
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Flurazepam HCL, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	
Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Tier 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Tier 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	Tier 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Tier 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Tier 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Lorazepam tablets in 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GI Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression		
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 90 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Tier 1	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Bupropion HCL, Citalopram Hydrobromide, Escitalopram Oxalate, Fluoxetine HCL, Mirtazapine, Paroxetine HCL, Sertraline HCL, or Venlafaxine HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Tier 2	PA
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Tier 2	PA
Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia		
ALKA-SELTZER PM (MELATONIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 250-1.5 MG (calcium phosphate, tribasic/melatonin)	Tier 2	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Tier 1	
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIDS SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG-45 MG- 12.5 MCG-3.75MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxal phos (b6) oral tablet,disintegrating 2.5 mg- 338 mcg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet,disintegrating 3-50 mg</i>	Tier 1	
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Tier 1	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Tier 2	
SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Tier 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)	Tier 1	
SLEEP OPTIMIZER ORAL CAPSULE 0.15-50-150-200 MG (melatonin/GABA/tryptophan/valerian root/hops/lemon balm)	Tier 2	
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Tier 1	
SLEEP3 ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 10-200-50 MG (melatonin/theanine/valerian rt/lemon balm/chamomile/lavender)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SLOWMAG MG CALM-SLEEP ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1-71.5 MG (melatonin/magnesium citrate)	Tier 2	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate, glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Tier 2	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate, oxide/herbs)	Tier 2	
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Tier 2	
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET, CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Tier 2	
Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia		
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Tier 2	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET, CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Tier 1	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melatonin oral tablet, chewable 5 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin sublingual tablet 10 mg</i>	Tier 1	
MELATONINMAX ORAL TABLET, CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Tier 1	
Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ACTIVE-PAC KIT, GEL AND CAPSULE 300-4-1 MG-%-% (gabapentin/lidocaine HCl/menthol)	Tier 2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (carbidopa/levodopa)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Carbidopa/levodopa in 120 days; QL (10 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson		
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG (levodopa)	Tier 2	PA
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Tier 2	PA
Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Tier 4	PA
GOCOVRI ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Tier 2	PA
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (rotigotine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Tier 2	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Immediate-release Pramipexole or immediate-release Ropinirole in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
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)	Tier 4	PA
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Tier 2	PA
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Tier 2	PA
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Tier 2	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Tier 2	PA
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1F) - Drugs For Migraine Headaches		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Tier 2	PA
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Tier 2	PA
Sedantes-Hipnóticos - Tipo Tricíclico Antidepresivo - Drugs For Insomnia		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS, DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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		
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (3 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Amitriptyline HCL, Desipramine HCL, Divalproex Sodium, Doxepin HCL, Drizalma Sprinkle, Duloxetine HCL, Gabapentin, Gralise, Imipramine HCL, Imipramine Pamoate, Maprotiline HCL, Neuraptine, Nortriptyline HCL, Pregabalin, Sodium Valproate, Valproic Acid (as Sodium Salt), Valproic Acid, or Venlafaxine HCL in 365 days; QL (2 EA per 1 day)

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

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

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

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

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

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>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Almotriptan Malate, Eletriptan Hydrobromide, Frovatriptan Succinate, Naratriptan HCL, Onzetra Xsail, Rizatriptan Benzoate, Sumatriptan Succinate/Naproxen Sodium, Sumatriptan Succinate, Sumatriptan, Tosymra, Zembrace Symtouch, or Zolmitriptan in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Tier 2	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Sumatriptan nasal spray in 120 days; QL (32 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	Tier 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 5 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Tier 4	QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (24 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Generic Sumatriptan injection in 120 days; QL (18 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Alcaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Tier 4	QL (15 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Tier 2	QL (10 EA per 7 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Rizatriptan Benzoate or Sumatriptan Succinate in 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)	Tier 4	PA
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Tier 4	PA
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 4	PA
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Tier 4	PA
Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches		
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO 12MG START TITR(WK1-4) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6MG(28)-9MG(28) -12 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO TD TITRATN PK (WK 1-2) ORAL TABLETS,DOSE PACK 6 MG (14)- 9 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) (deutetrabenazine)	Tier 2	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Tier 2	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 2	PA
Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexamethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 6 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Atomoxetine HCL, Clonidine HCL, Dexmethylphenidate HCL, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine HCL, or Methylphenidate HCL in 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 6 Years)
Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Gabapentin, Gralise, Neuraptine, Pramipexole Di-HCL, or Ropinirole HCL in 120 days; QL (30 EA per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Gabapentin, Gralise, Neuraptine, Pramipexole Di-HCL, or Ropinirole HCL in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
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)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Tier 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Tier 2	PA
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		
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Endocrino		
Antihyperglycemic - Dual Sglt1 And Sglt2 Inhibitors		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
Menopausal Symptoms Suppressant- Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Tier 2	PA
Endocrino - Hormones		
Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Tier 2	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Tier 2	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 284 MG/1.5 ML (inotersen sodium)	Tier 4	PA
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Tier 4	PA
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (600mcg/2.4ml), 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	Tier 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)	Tier 4	PA
Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Glucagon Emergency Kit, Gvoke, or Zegalogue in 120 days
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Tier 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Tier 4	
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Tier 1	
<i>glucose oral tablet, chewable 4 gram</i>	Tier 1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 4	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 4	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 4	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 4	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Tier 4	
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Tier 2	
SWEET CHEEKS ORAL GEL IN SYRINGE 1.2 GRAM /3 ML (40 %) (dextrose)	Tier 2	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 4	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Tier 4	
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 4	PA
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Tier 4	PA
Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

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 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Tier 2	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Humalog Mix 75-25 in 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Humalog Mix 75-25 in 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Tier 1	
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)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin detemir)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEVEMIR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin detemir)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Semglee (yfgn), Toujeo, or Tresiba in 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Tier 2	
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Tier 2	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	Tier 2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine, human recombinant analog)	Tier 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Tier 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Tier 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Tier 2	
Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Tier 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Tier 2	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev 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: 07/01/2024

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>	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lyumjev in 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Tier 1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Tier 2	
Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Tier 2	
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet 625 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Metformin HCL 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIOMET ER ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Metformin IR tablets/solution or ER tablets in 120 days
Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HR (testosterone)	Tier 2	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG, 237 MG (testosterone undecanoate)	Tier 2	PA
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Tier 2	PA
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Tier 2	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Tier 2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Tier 4	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Tier 4	PA
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation, 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram), 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Tier 1	PA
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Tier 4	PA
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)	Tier 4	
Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Tier 2	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Tier 2	
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Tier 2	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Tier 2	
Antihiperoglucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Glipizide/Metformin HCL, Glyburide/Metformin HCL, Metformin HCL, or Riomet ER in 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiper glucémicos - 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)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidolate/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR in 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Tier 2	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (dapagliflozin propanediol/metformin HCl)	Tier 2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Metformin, preferred Sulfonylurea or preferred Metformin/Sulfonylurea combination in 120 days
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes		
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Metformin, preferred Sulfonylurea or preferred Metformin/Sulfonylurea combination in 120 days
Antihiper glucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Tier 2	
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (pramlintide acetate)	Tier 2	
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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML, 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML (exenatide)	Tier 2	PA
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) (semaglutide)	Tier 4	PA
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG (semaglutide)	Tier 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	Tier 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Tier 2	PA
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)	Tier 2	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Tier 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)	Tier 4	PA
Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones		
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml), 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Tier 1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Tier 1	
NOCDURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
NOCDURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Tier 2	QL (1 EA per 1 day)
NOCTIVA NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 0.83 MCG/SPRAY (0.1 ML), 1.66 MCG/SPRAY (0.1 ML) (desmopressin acetate)	Tier 2	QL (3.8 GM per 30 days)
Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Tier 2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Tier 4	
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Tier 4	PA
Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women		
estradiol/norethindrone acetate (Amabelz Oral Tablet 0.5-0.1 Mg, 1-0.5 Mg)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Duavee or Premarin in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Duavee or Premarin in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Tier 2	QL (1 EA per 7 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Tier 1	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Tier 1	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Tier 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Tier 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Tier 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Tier 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Tier 2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Tier 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Tier 1	
Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women		
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	Tier 4	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
Antineoplastics - Drugs For Inflammation		
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 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)	Tier 4	PA
Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Tier 2	QL (4 EA per 1 day)
Central Nervous System Agents - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Tier 4	QL (1 EA per 1 day)
Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Tier 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Tier 2	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Tier 2	
Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
BETALOAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Tier 2	
Contraceptive Injectable Combinations - Hormones		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Tier 2	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Tier 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Tier 1	
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Alendronate Sodium, Fosamax Plus D, or Ibandronate Sodium in 365 days; QL (4 EA per 28 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Alendronate Sodium and Ibandronate Sodium in 365 days; QL (1 EA per 7 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Tier 1	
Contraceptives Implant - Drugs For Women		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Tier 2	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Tier 2	
Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	PV	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
Diagnostic - Urine Test Combinations - Drugs For Diabetes		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes		
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
Estrógenos - Drugs For Women		
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Tier 4	
estradiol (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days; QL (52 GM per 30 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Tier 1	QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Tier 1	QL (37.5 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Tier 1	QL (1 EA per 7 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 4	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Alora or Estradiol in 120 days; QL (16.2 ML per 30 days)
estradiol (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Tier 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Tier 2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Tier 2	QL (1 EA per 7 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Tier 2	
Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Tier 4	PA
Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Tier 2	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Tier 2	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Tier 2	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Tier 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablets,dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Tier 2	
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Tier 2	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Tier 2	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Tier 2	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (methylprednisolone)	Tier 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Tier 2	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Tier 2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Methylprednisolone, Prednisolone, or Prednisone in 365 days
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Tier 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
RAYOS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Tier 2	PA
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLU-CORTEF INJECTION RECON SOLN 100 MG (hydrocortisone sodium succinate)	Tier 4	
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets, Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS, DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 4 MG (budesonide)	Tier 2	PA
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
ZCORT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Dexamethasone 1.5mg tablets in 120 days
Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 120 days
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 4	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Novarel or Ovidrel in 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)	Tier 4	ST: Must meet any of the following requirements: Gonal-F RFF, Gonal-F RFF Redi-ject, or Gonal-F in 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300/0.5 UNIT/ML, 450/0.75 UNIT/ML, 900/1.5 UNIT/ML (follitropin alfa, recombinant)	Tier 4	
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 4	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Tier 4	
Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid		
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 32.5 MG, 65 MG, 97.5 MG (thyroid, pork)	Tier 2	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid, pork)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: NP Thyroid, Nature-Throid, WP Thyroid, Westthroid, or Thyroid tablets in 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid, pork)	Tier 1	
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hormonas De Tiroides - Sintético T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid		
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Tier 1	
Hormonas De Tiroides - Sintético T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 1	PA
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Levothyroxine tablets in 120 days; QL (20 ML per 1 day)
TIROSINT ORAL CAPSULE 37.5 MCG, 44 MCG, 62.5 MCG (levothyroxine sodium)	Tier 2	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Tier 4	
Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Paroxetine HCL or Venlafaxine HCL in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
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)	Tier 2	
Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	
Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Tier 2	
Insulin - Beef - Drugs For Women		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Tier 2	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (somatropin)	Tier 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Tier 4	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Tier 4	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG (somatropin)	Tier 4	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatrogonghla)	Tier 4	PA
NORDITROPIN FLEXPLO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Tier 4	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) (somatropin)	Tier 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Tier 4	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Tier 4	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Tier 4	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Tier 4	PA

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (lonapegsomatropin-tcgd)	Tier 4	PA
SOGROYA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somapacitan-beco)	Tier 4	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Tier 4	PA
Insulin Pork Combinations - Drugs For Women		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Tier 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)	Tier 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin 70-30 or Humulin 70/30 Kwikpen in 120 days
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin 70-30 or Humulin 70/30 Kwikpen in 120 days
Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Tier 2	
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Tier 2	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin R or Humulin R U-500 in 120 days
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin R or Humulin R U-500 in 120 days
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)	Tier 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Tier 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin N in 120 days
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Humulin N 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	PA
Lhrh (Gnrh) Antagonist, Estrogen And Progestin Combinations - Drugs For Woman		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (relugolix/estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Tier 2	
Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Tier 4	
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Tier 4	ST: Must meet the following requirement: Cetorelix Acetate in 120 days
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Tier 2	
Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Tier 2	
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Tier 1	QL (28 EA per 30 days)
Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Tier 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Tier 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Tier 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Janumet, Janumet XR, or Januvia in 120 days
Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Endometrin 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Tier 2	
Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Tier 2	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Tier 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)	Tier 2	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 2	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 2	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 2	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 2	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 2	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Tier 4	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Tier 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Tier 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Tier 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Tier 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.3 MG (interferon beta-1b)	Tier 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Tier 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 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)	Tier 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Tier 2	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (fingolimod HCl)	Tier 2	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Tier 2	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Tier 2	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Tier 2	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Tier 2	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Tier 2	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Tier 2	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Tier 2	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Tier 2	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Tier 2	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Tier 2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Tier 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/MI, 40 Mg/MI)	Tier 1	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Tier 2	PA
Hematologic Agent In Vitro - Red Cell Rejuvenation Agents		
Ophthalmic Antibacterial		
<i>sodium iodide-123 oral capsule 3.7 mbq (100 microci), 7.4 mbq (200 microci)</i>	Tier 1	
<i>sodium iodide-131 oral capsule 3.7 mbq (100 microci)</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations		
Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Tier 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Tier 1	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations		
ANA-LEX KIT RECTAL KIT 2-2 % (hydrocortisone acetate/lidocaine HCl/aloe vera)	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram)</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal kit 3-2.5 % (7 gram)</i>	Tier 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations		
Dermatological - Gene Therapy Agents		
VYJUVEK TOPICAL GEL 5 X 10EXP9 PFU/2.5 ML (beremagene geperpavec-svdt)	Tier 2	
Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor		
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Tier 2	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Tier 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)	Tier 2	PA
Agentes Antipsoriático - Antagonistas De Interleucinas-23 (Il-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Tier 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Tier 4	PA
Agentes Antipsoriáico - Inhibidores De Interleucinas 12 E Il-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Tier 4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Tier 4	PA
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)	Tier 4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Tier 4	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Tier 2	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Tier 2	
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL,SPRAY 0.5 % (permethrin)	Tier 1	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Tier 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Tier 2	
Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin		
<i>methyl salicylate oil</i>	Tier 1	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Tier 1	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Tier 2	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Tier 1	
Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Tier 2	PA
Anticoagulants - Drugs For The Skin		
REGANEX TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Tier 2	
Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin		
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (apremilast)	Tier 2	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) (apremilast)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet 2 of the following requirements: Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 365 days
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Tier 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Tier 1	
Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsoriáco - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (200 GM per 28 days)
Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (spesolimab-sbzo)	Tier 4	
Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 2	
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 2	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Tier 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)	Tier 2	
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Tier 2	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Tier 2	
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Tier 2	
Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 4	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML (bimekizumab-bkzx)	Tier 4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 4	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 4	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Tier 4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (secukinumab)	Tier 4	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Tier 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML (ixekizumab)	Tier 4	PA
Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Tier 1	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 1	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 2	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Tier 2	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PS1 ACIURGY PACK TOPICAL KIT 2-4-10-70 % (mupirocin/chlorhexid/povid/norflur/pentafl/alcoh/gauze/silic)	Tier 2	
PS2 ACIURGY PACK TOPICAL KIT 2-4-10-70 % (mupirocin/chlorhexidine/povidone/alcohol/gauze/silicone)	Tier 2	
RAYASORE KIT TOPICAL KIT 1-10 % (silver sulfadiazine/povidone-iodine/alginate dressing)	Tier 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Tier 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Tier 2	
WHYTEDERM SURGIPAK TOPICAL KIT 2-4-2 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Tier 2	
Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin		
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Tier 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)	Tier 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
EPICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (hypochlorous acid/sodium chloride/sodium phosphate)	Tier 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagflu/e.water)	Tier 2	
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfate/sod phosphate, mono)	Tier 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 % -0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Tier 2	
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Tier 2	
Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Tier 2	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTICOAT SURGICAL DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 10 ", 4 X 13 3/4 ", 4 X 4 3/4 ", 4 X 8 " (silver/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 3 X 3 ", 5 X 5 ", 7 X 7 ", 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN AG GENTLE DRESSING TOPICAL BANDAGE 5 %- 2" X 2", 5 %- 4" X 4", 5 %- 6" X 6", 5 %- 8" X 8" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN AG TOPICAL BANDAGE 5 %- 2" X 2", 5 %- 4" X 4", 5 %- 6" X 6", 5 %- 8" X 8" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN HEEL TOPICAL BANDAGE 4 1/2 X 5 1/2 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 5 1/16 X 5 1/16 ", 6 1/16 X 6 1/16 ", 8 1/4 X 8 1/4 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (foam bandage)	Tier 2	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/silver/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Tier 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Tier 2	
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Tier 2	
MAXORB EXTRA TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (alginate dressing/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HYDROCOLLOID-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 " (honey/hydrocolloid dressing)	Tier 2	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Tier 2	
PIVOT SILVER ALGINATE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/calcium alginate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROTYL AG TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Tier 2	
PURACOL PLUS AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2.2 " (dressing, collagen/silver)	Tier 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 6 X 6 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 ", 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Tier 2	
SILVASORB TOPICAL GEL,EXTENDED RELEASE (silver)	Tier 1	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin		
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Tier 2	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Tier 2	PA
Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin		
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Tier 4	PA
Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin		
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Tier 2	QL (5 EA per 1 FILL)
Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin		
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Tier 2	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Tier 2	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Tier 2	
Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Tier 2	PA
Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladores 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Tier 2	
Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Tier 1	
Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Tier 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Tier 1	
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Tier 2	
KERALYT SCALP COMPLETE TOPICAL KIT,SHAMPOO AND GEL 6-6 % (salicylic acid)	Tier 2	
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Tier 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Podofilox 0.5% solution in 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Tier 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Tier 2	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Tier 2	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Tier 2	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Tier 1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Tier 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit,cleanser and cream er 6 %</i>	Tier 1	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Tier 2	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Tier 1	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Tier 1	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Tier 2	
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Tier 2	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Tier 2	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Tier 2	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Tier 2	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Tier 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 41 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Tier 1	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Tier 2	PA
Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfeciosos - Drugs For The Skin		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Tier 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 22.5 mg, 25 mg</i>	Tier 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin		
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	Tier 1	
Dermatológico - Agentes De Despigmntación - Drugs For The Skin		
<i>hydroquinone topical cream 4 %</i>	Tier 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Tier 2	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Tier 2	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 2	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Tier 2	
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Tier 1	

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

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

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

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

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

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)	Tier 2	PA
Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin		
CLOFENAX TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 2	
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i>	Tier 1	PA
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Tier 2	
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Tier 2	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Tier 2	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Tier 2	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Epolamine patch in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN PACKET 2 % (diclofenac sodium)	Tier 2	PA
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Tier 1	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Tier 2	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Tier 2	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (200 GM per 30 days)

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

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

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

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

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEXETTE TOPICAL FOAM 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Tier 2	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Tier 2	
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Tier 2	PA
Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Tier 2	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Tier 2	
Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Tier 2	PA
Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Tier 1	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Tier 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Tier 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Tier 2	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl topical lotion 3 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Tier 1	
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Tier 1	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3.25 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Tier 1	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
LIDOSOL-50 TOPICAL KIT 5 %- 6 CM X 7 CM (lidocaine/transparent dressing)	Tier 2	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Tier 2	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Tier 2	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Tier 2	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Tier 2	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Tier 2	
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Tier 2	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Tier 2	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Tier 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Tier 2	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Tier 1	
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Lidocaine 5% patch in 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
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)	Tier 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Tier 2	
Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin		
AZADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver/urea)	Tier 2	
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Tier 2	
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Tier 2	
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Tier 2	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Tier 2	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Tier 1	
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Tier 2	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Tier 2	
Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Tier 2	
Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Tier 1	QL (100 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Tier 1	
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Ciclopirox or Ketoconazole in 120 days
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Tier 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Tier 2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Tier 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Tier 2	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Tier 2	PA
Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Tier 2	
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin		
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Tier 2	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Tier 1	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Tier 2	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Tier 2	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Tier 2	
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Tier 1	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Tier 2	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Tier 2	
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Tier 2	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Tier 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Tier 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Tier 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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Fluocinolone Acetonide cream, oil, ointment or solution in 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic Fluocinolone Acetonide cream, oil, ointment or solution in 120 days
Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 120 days; QL (10 GM per 365 days)
Dermatológico - Combinaciones De Despigmantación - Drugs For The Skin		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KATARYA TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Tier 2	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 2	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Tier 2	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Tier 2	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Tier 2	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Tier 2	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Tier 2	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Tier 2	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Tier 2	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Tier 2	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 2	
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Tier 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))	Tier 2	
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL, SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Tier 2	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Tier 2	
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 2	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 2	
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Tier 2	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Tier 2	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Tier 2	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Tier 2	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Tier 1	
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe vera extract)	Tier 2	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Tier 2	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Tier 2	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Tier 2	
Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Tier 1	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT,CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Tier 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)	Tier 1	
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT,CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Tier 1	
MB HYDROGEL TOPICAL KIT,CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone)	Tier 1	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Tier 2	
MOMETACURE TOPICAL KIT 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Tier 2	
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetonide/urea/silicone, adhesive)	Tier 2	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Tier 2	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Tier 2	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 1	QL (1 EA per 30 days)
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Tier 2	QL (375 GM per 30 days)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide/emollient combination no.65)	Tier 2	QL (375 GM per 30 days)
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Tier 2	
WHYTEDERM TDKIT TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 2	
WHYTEDERM TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetonide/dimethicone/silicone, adhesive)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones Querotólicas Otros - Drugs For The Skin		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Tier 2	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Tier 2	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Tier 2	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Tier 2	
Dermatológico - Complejo De Derivados De Hígado - Drugs For The Skin		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION 25.5 MG/ML (liver extract (beef-pork))	Tier 4	
Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Tier 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Tier 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Tier 1	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Tier 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Tier 2	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Tier 2	
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Tier 2	
PURELAN TOPICAL CREAM (lanolin)	Tier 2	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Tier 2	
<i>urea topical cream 10 %, 20 %</i>	Tier 1	
<i>urea topical lotion 10 %</i>	Tier 1	
Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Tier 1	
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Hydrocortisone 2.5% lotion in 120 days
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream in 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Tier 2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desoximetasone topical spray,non-aerosol 0.25 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol, Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Tier 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Tier 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Tier 2	
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Tier 2	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Tier 1	
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days; QL (236 ML per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Tier 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) in 120 days; QL (200 GM per 30 days)
LEXETTE TOPICAL FOAM 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol Propionate, Clobetasol Propionate/emollient, or Halobetasol Propionate in 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) in 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Tier 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no. 1)	Tier 2	
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment in 120 days
TEXACORT TOPICAL SOLUTION 2.5 % (hydrocortisone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Hydrocortisone 2.5% lotion in 120 days
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Tier 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Tier 1	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Tier 2	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.1 %)	Tier 1	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Tier 1	QL (454 GM per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, or Halobetasol 0.05% (cream, ointment) in 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil in 120 days
Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin		
NUJU TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Tier 2	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Tier 2	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% ointment) in 120 days
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% ointment) in 120 days
Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Imiquimod and Podofilox in 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)	Tier 4	
Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Tier 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Tier 1	
Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Tier 2	
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Tier 2	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Tier 1	
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Tier 2	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Tier 2	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Tier 2	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Tier 2	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Tier 2	
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Tier 2	
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Tier 1	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Tier 1	
ENTTY TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Tier 2	
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Tier 2	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Tier 2	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Tier 2	
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Tier 2	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Tier 2	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Tier 2	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Tier 2	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Tier 2	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Tier 2	
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Tier 2	
HYLATOPICPLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Tier 2	
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Tier 1	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Tier 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Tier 2	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Tier 2	
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum, white/ceresin)	Tier 1	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum, white/water)	Tier 1	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Tier 1	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Tier 2	
NEOSALUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.38)	Tier 2	
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Tier 2	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Tier 2	
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/shear butter/marigold/argan)	Tier 1	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Tier 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Tier 2	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acetate (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Tier 1	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Tier 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Tier 2	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Tier 1	
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Tier 1	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Tier 1	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Tier 1	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/shear tree)	Tier 2	
Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Tier 1	PA
Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin		
NEXOBRID POWDER COMPONENT TOPICAL POWDER (anacaulase-bcdb)	Tier 2	
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdb)	Tier 2	
Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Tier 1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Tier 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Tier 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Tier 2	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Tier 2	
Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Tier 2	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
HYALO4 CARE CLEAR TOPICAL GEL 0.2 % (hyaluronate sodium)	Tier 2	
HYALO4 CARE TOPICAL GEL 0.2 % (hyaluronate sodium)	Tier 2	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Tier 1	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Tier 2	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Tier 2	
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Tier 1	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	Tier 1	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	Tier 1	
Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Tier 2	
Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mupirocin ointment 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin		
BULLFROG MOSQUITO COAST TOPICAL AEROSOL,SPRAY 20 %- SPF 30 (aminoprop ethy/oxybenzone/octinoxate/octocrylene/octyl salic)	Tier 2	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Tier 1	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Tier 1	
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL,SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Tier 1	
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
RANGER READY REPELLENT TOPICAL SPRAY WITH PUMP 20 % (icaridin)	Tier 1	
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL,SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Tier 2	
Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Tier 2	
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 2	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Tier 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Tier 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Tier 2	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic topical Metronidazole in 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Tier 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Tier 2	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Tier 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Tier 1	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Metronidazole 0.75% (gel, lotion, cream) in 120 days
RHOFADE TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Tier 2	
<i>metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)</i>	Tier 1	
ROSDAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Tier 2	
ROSDAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Tier 2	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Finacea gel or foam in 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Tier 1	QL (1419 ML per 1 FILL)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Tier 2	
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic topical Metronidazole in 120 days; QL (30 GM per 30 days)
Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin		
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Tier 2	
Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Tier 2	PA
Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Tier 2	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Tier 2	
<i>sodium chloride topical solution 0.9 %</i>	Tier 1	
Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Tier 1	
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream in 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Tier 2	
Dietary Products - Drugs For The Skin		
FLUOROPLEX TOPICAL CREAM 1 % (fluorouracil)	Tier 2	PA
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Tier 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Tier 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Tier 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Erythropoietins - Drugs For The Skin		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Tier 1	PA
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Tier 1	PA
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Tier 2	PA
Factor Viii Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Tier 2	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Tier 2	
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Tier 1	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Tier 1	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Tier 2	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Tier 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)	Tier 2	
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Tier 2	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Tier 1	
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Tier 2	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Tier 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Tier 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Tier 2	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Tier 2	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Tier 1	
Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin		
CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.44)	Tier 2	
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Tier 2	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Tier 1	
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: generic Doxycycline Monohydrate 50mg capsules in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Doryx Mpc, Doxycycline Hyclate, Doxycycline Monohydrate, Minocycline HCL, or Vibramycin in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic immediate-release Minocycline in 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Medical Supplies And Dme - Irrigation Supplies - Drugs For The Skin		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Topical Anti-inflammatory Steroidal in 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Calcipotriene/Betamethasone ointment in 120 days
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Calcipotriene/Betamethasone ointment in 120 days
Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Tier 1	
<i>econazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Tier 2	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Tier 2	
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Tier 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Tier 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Tier 2	
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo in 120 days
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Clotrimazole and Ketoconazole in 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Tier 1	
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Tier 2	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Tier 1	
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Ketoconazole 2% cream or shampoo 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Tier 2	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Tier 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)	Tier 2	
Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin		
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Tier 2	
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 365 days; Age (Min 9 Years)
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate 1% gel in 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Tier 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate, Erythromycin Base In Ethanol, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur/Urea, Sulfacetamide Sodium, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin in 120 days
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Tier 2	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Tier 2	
<i>erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)</i>	Tier 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Tier 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Tier 2	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Tier 1	
Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLAREAL TOPICAL COMBO PACK 2-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLOHEAL-60 TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLOTAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
DICLOTREX II TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 2	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Tier 2	
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Tier 2	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Tier 2	
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Tier 2	
LEXITRAL PHARMAPAK II TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Tier 2	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Tier 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Tier 1	
Pharmaceutical Adjuvant - Gelatin Capsules (Empty) - Drugs For The Skin		
MENTAX TOPICAL CREAM 1 % (butenafine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Tier 2	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Tier 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Tier 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Tier 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Tier 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Tier 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Tier 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Tier 2	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Tier 2	
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Tier 2	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Tier 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Mupirocin ointment in 120 days
Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin		
ALADERM PLUS TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 1	
CETACAINE ANESTHETIC TOPICAL LIQUID 2-2-14 % (tetracaine/benzocaine/butamben)	Tier 2	
CETACAINE TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Tier 2	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Tier 2	
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Tier 2	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Tier 2	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Tier 1	
LIDORXKIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 5 % (lidocaine/skin cleanser combination no.37)	Tier 2	
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Tier 2	
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Tier 2	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Tier 2	
Protectores De Uñas - Drugs For The Skin		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Tier 2	
Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute, human and bovine)	Tier 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin		
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Tier 2	
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Tier 2	
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Tier 2	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 2	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 2	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapson/niacinamide)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratolíticas - Drugs For The Skin		
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Tier 1	
CLENIA PLUS TOPICAL SUSPENSION 9-4.25 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide gel in 120 days
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -3.75 %</i>	Tier 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 2	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 2	
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Tier 2	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Tier 2	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 % (1 % Base) -5 %)	Tier 1	
ONEXTON TOPICAL GEL 1.2 % (1 % BASE) -3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Tier 2	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 2	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Tier 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %, 9.8-4.8 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %, 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Tier 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Tier 2	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzene/octinoxate/octyl sal)	Tier 2	
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Tier 2	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Tier 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin		
ADAINZDE TOPICAL GEL 0.3-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 2	
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 2	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Tier 2	PA
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin gel or Tretinoin gel 0.025% in 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEOXIATAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Tier 2	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Tier 2	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ONZDEAXIADMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Tier 2	
ONZDEAXIADMTAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Tier 2	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 2	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Tier 2	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Tier 1	
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
OXIAVAR TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Tier 2	
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Tier 2	
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Tier 2	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Tier 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Tier 1	
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Tier 1	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Tier 1	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Tier 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Tier 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Tier 2	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Tier 2	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Tier 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Adapalene 0.1% gel in 120 days
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Adapalene 0.1% gel in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Tier 2	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Tier 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Tier 1	
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Tier 2	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Tier 2	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Tier 2	
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 % (tretinoin microspheres)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% in 365 days; 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Adapalene, Differin, Tazarotene, or Tretinoin in 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Tier 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirements: Generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% in 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	
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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Generic Isotretinoin in 120 days
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Generic Isotretinoin 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Tier 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)	Tier 2	
Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin		
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Tier 2	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM),porcine derived, fenestrated)	Tier 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)	Tier 2	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Tier 2	
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Tier 2	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 2	
<i>eua patient assessment</i>	Tier 2	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
PTS COLLECT CAPILLARY TUBE (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
RECONSTITUBE KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
SUPPOSITORY SHELL, SMALL DEVICE (suppository mold)	Tier 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 4	
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 4	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Tier 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
XENOVIEW EMPTY DELIVERY BAG (inhalation bag with mouthpiece)	Tier 2	
Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Tier 2	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Tier 2	
TENS CARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Tier 2	
Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
DUREX AIR 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 CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
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	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Tier 2	
Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 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)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Tier 2	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIDASPO COVID19 ANTIBODY TEST KIT (COVID-19 IgG/IgM test cassette)	Tier 2	
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
Medical Supplies And Dme - Digital Therapeutics, Software - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ASPYRERX DIGITAL APP (90-DAY) (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for T2DM)	Tier 2	
ENDEAVORRX (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for ADHD)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics, amblyopia)	Tier 2	
MAHANA IBS (digital therapeutics, cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 2	
REGULORA IBS DIGITAL APP (digital therapeutics, cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Tier 2	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
LC PLUS (nebulizer)	Tier 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Tier 2	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Tier 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 2	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIDESTREAM (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Tier 2	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
TRUNEB NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-ADULT MASK (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-PEDIATRIC MSK (nebulizer)	Tier 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)	Tier 2	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 2	
FILTERED EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set with filter)	Tier 2	
HI-VOLUME PUMPING CHAMBER SET (transfer sets)	Tier 2	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
MICROBORE EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Tier 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Tier 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Tier 2	
RATE FLOW REGULATOR IV SET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
TRANSFER SET (transfer sets)	Tier 2	
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)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Tier 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Tier 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)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Tier 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASYPPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Tier 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
<i>filter needles needle 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Tier 1	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe, safety with needle, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Tier 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (syringe with needle,disposable)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe, needle, safety 1 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle, self-contained disposal unit)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 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)	Tier 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 1	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Tier 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
Ophthalmic - Surgical Aids-Adjuncts - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET BLOOD ADMINISTRATION SET (blood administration set)	Tier 2	
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)	Tier 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
BARDEX I.C. FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Tier 2	
DOVER FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC HYDRO-KIT COMBO PACK 14 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Tier 2	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Tier 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Tier 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Tier 2	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Tier 2	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM (transfer device, closed system)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED BAG ADAPTOR (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED LINE ADAPTOR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
HALO VIAL CONVERTER DEVICE 13 MM (vial size converter, closed system)	Tier 2	
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Tier 2	
I-PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Tier 2	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Tier 2	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Tier 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Tier 2	
Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Tier 2	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Tier 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Tier 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Tier 2	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Tier 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)	Tier 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin U-500 with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 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)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Tier 3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Tier 3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Tier 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Tier 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Tier 3	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin disposable)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Tier 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Tier 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Tier 3	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	Tier 3	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	Tier 3	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Tier 2	
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	Tier 3	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	Tier 3	
<i>blood glucose ctl high,nml,low solution</i>	Tier 3	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
<i>blood-glucose meter</i>	Tier 3	
<i>blood-glucose meter kit</i>	Tier 3	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	Tier 3	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	Tier 3	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CARESENS N (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESOFT LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	PA
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	Tier 3	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	Tier 3	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT EZ METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	Tier 3	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR DEVICE (blood-glucose meter,for mobile device)	Tier 3	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	Tier 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	Tier 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Tier 3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	Tier 3	
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Tier 3	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D20 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA G30A (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V10 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V20 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V30A (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V30A KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORACARE GD40A GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter,continuous)	Tier 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET (lancing device)	Tier 3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
IGLUCOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	Tier 3	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	Tier 3	
<i>lancing device</i>	Tier 3	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	Tier 3	
<i>lancing device with lancets kit</i>	Tier 3	
LANCING SYSTEM (lancing device)	Tier 3	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	Tier 3	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MICROLET LANCET (lancets)	Tier 3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	Tier 3	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	Tier 3	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	Tier 3	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ON CALL PLUS METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ON CALL VIVID METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID PAL METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID PAL METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO FLEX START KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
OPTUMRX (blood-glucose meter)	Tier 3	
OPTUMRX KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
OPTUMRX SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PLATINUM GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRECISION (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	Tier 3	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GC250S CNTRL SOL NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SINGLE-LET (lancets)	Tier 3	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	Tier 3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST LANCET (lancets)	Tier 3	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SOFT TOUCH LANCETS (lancets)	Tier 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	Tier 3	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	Tier 3	
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	Tier 3	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Tier 2	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTI-LANCE (lancing device)	Tier 3	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	Tier 3	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNILET GP LANCET (lancets)	Tier 3	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Tier 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
WAVESENSE AMP KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
WAVESENSE PRESTO (blood-glucose meter)	Tier 3	
WAVESENSE PRESTO KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 2	
Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,automated dosing,BT with controller)	Tier 4	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart,automated dosing,BT,G6/G7 with controller)	Tier 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,subcut automated dosing,BT,G6/G7)	Tier 4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,radio freq)	Tier 4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Tier 4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 4	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Tier 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Agujas 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)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gaza Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 2	
CURAD XEROFORM PETROLATM DRESS TOPICAL BANDAGE 1 X 8 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Tier 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
XEROFORM NON-OCCLUSIVE TOPICAL BANDAGE 4 X 3 "-YARD (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 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)	Tier 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 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: 07/01/2024

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		
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Tier 3	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
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)	Tier 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)	Tier 2	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Tier 2	
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)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	Tier 3	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	Tier 3	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Azúcar En Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic, disc-type)	Tier 3	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA D15G STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA D20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V12 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V30A STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
IGLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
OPTUMRX STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TD GOLD TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
WAVESENSE JAZZ STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
WAVESENSE PRESTO STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Cetona En Orina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INSUFLOXIN INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Tier 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
<i>nebulizer and compressor device</i>	Tier 2	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Tier 2	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DOG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC FROG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PORTABLE NEBULIZER SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Tier 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Tier 2	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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)	Tier 2	
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Tier 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad, silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Tier 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SILINOIN TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SKARLITE TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Tier 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Tier 2	
Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gaza - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Tier 2	
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics		
Adyuvante Farmacéutico - Adyuvantes De Vacunas		
VAXCHORA BUFFER COMPONENT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (cholera vaccine buffer component)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Tier 2	
<i>hypromellose powder</i>	Tier 2	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Tabletas		
<i>cellulose (bulk) powder</i>	Tier 2	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 2	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Tier 2	
<i>sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Tier 1	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales		
MX-SOL SF ORAL LIQUID (compounding vehicle sugar-free no.9)	Tier 2	
<i>sorbitol solution 70 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYRPALTA VEHICLE ORAL SYRUP (compounding vehicle syrup no.15)	Tier 2	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Tier 2	
Dermatological - Antifungal Combinations		
<i>citric acid anhydrous (bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
Dermatological - Antipruritics		
<i>polysorbate 80 solution</i>	Tier 2	
Dermatological - Antipsoriatic Combinations		
GEL VEHICLE FOR NEXOBRID TOPICAL GEL (vehicle gel for anacaulase-bcdb)	Tier 2	
Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS TOPICAL LIQUID (liquid base no.261)	Tier 2	
Dermatological - Antiviral, Herpes		
CAPSULE #1 ORAL CAPSULE (gelatin capsules (empty))	Tier 2	
Dermatological - Nsaid Combinations		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Tier 2	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Tier 2	
PURATHICK ORAL POWDER (maltodextrin/tara gum)	Tier 2	
PURATHICK ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/tara gum)	Tier 2	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Tier 2	
THICK AND EASY ORAL POWDER (starch)	Tier 2	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological Antipruritics - Antihistamines		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Tier 2	
Miotics - Direct Acting		
<i>olive oil oil</i>	Tier 1	
Ophthalmic - Miotics		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Tier 2	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Tier 2	
<i>sesame oil oil</i>	Tier 2	
<i>sodium succinate powder</i>	Tier 2	
Químicos - Agentes Criopreservativos		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Tier 2	
Químicos Al Granel		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Tier 2	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
<i>balsam peru (bulk) liquid</i>	Tier 2	
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Tier 2	
<i>citric acid anhydrous (bulk) granules 100 %</i>	Tier 2	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Tier 2	
<i>guaiacol liquid</i>	Tier 2	
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Tier 2	
<i>hydroxyethyl methacrylate,bulk liquid 96 %</i>	Tier 2	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Tier 2	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear		
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Tier 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylenol)	Tier 2	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics		
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Tier 1	
Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Tier 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Tier 1	
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein lib/liia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants		
Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants		
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Tier 2	
Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants		
<i>phenol liquid</i>	Tier 2	
Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants		
<i>glutaraldehyde solution 25 %</i>	Tier 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)	Tier 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagflu/e.water)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 %-0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 %-0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Tier 2	
Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Tier 2	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Tier 2	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Tier 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Tier 1	
Productos Vaginales - Drugs For Women		
Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Clindamycin HCL, Clindamycin Palmitate HCL, Clindamycin Phosphate, Metronidazole, or Tinidazole in 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINDESSE VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Clindamycin Phosphate 1% gel in 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Tier 2	
Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Tier 2	
Antidiarrheals - Drugs For Women		
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Tier 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Tier 1	
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (estradiol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Estradiol and Premarin in 365 days; QL (1 EA per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol acetate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Estradiol and Premarin in 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Tier 2	
estradiol (Yuvafem Vaginal Tablet 10 Mcg)	Tier 1	
Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Tier 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Tier 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Tier 1	
Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1.3 % (65 mg/5 gram)</i>	Tier 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Tier 2	
Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Tier 2	
Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Tier 2	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Tier 2	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Tier 2	
Sistema Locomotor		
Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Tier 2	PA
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
Agente Antimiasténicos - Inhibidores De Colinesterasa Reversible - Drugs For Nerves And Muscles		
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Tier 1	
Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 2	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Tier 2	
Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Tier 2	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Tier 4	PA
Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Tier 2	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Tier 2	PA
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>	Tier 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>	Tier 1	
orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Tier 2	QL (4 EA per 1 day)
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)	Tier 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)	Tier 2	
NOPIOID-LMC KIT COMBO PACK, TABLET AND PATCH 7.5 MG- 4 %-4 % (cyclobenzaprine HCl/lidocaine/menthol)	Tier 2	
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>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
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>	Tier 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Tier 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (16 EA per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Chlorzoxazone 500mg in 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (3 EA per 1 day)
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Tier 2	
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Tier 2	
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>metaxalone oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral capsule 6 mg</i>	Tier 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	QL (18 EA per 1 day)
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	QL (9 EA per 1 day)
Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles		
EXSERVAN ORAL FILM 50 MG (riluzole)	Tier 2	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 2	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Tier 2	PA
Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 4	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Tier 4	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Tier 4	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Tier 4	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Tier 4	PA
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Tier 4	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	PA
Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Tier 3	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (lancing device/lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	Tier 3	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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)	Tier 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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)	Tier 1	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 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)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	Tier 3	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Tier 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 3 X 3 ", 5 X 5 ", 7 X 7 ", 9 X 9 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN HEEL TOPICAL BANDAGE 4 1/2 X 5 1/2 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 5 1/16 X 5 1/16 ", 6 1/16 X 6 1/16 ", 8 1/4 X 8 1/4 " (foam bandage)	Tier 2	
ALLEVYN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (foam bandage)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Tier 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Tier 2	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
AQINJECT 3.0 LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
AQINJECT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQINJECT SAFETY NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
AQINJECT SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
AQINJECT STANDARD NEEDLE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
ASPYRERX DIGITAL APP (90-DAY) (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for T2DM)	Tier 2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	Tier 3	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Tier 2	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	Tier 3	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
BARDEX I.C. FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Tier 2	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe, insulin U-500 with needle, disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Tier 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	Tier 3	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Tier 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)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Tier 2	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfren pen cap for insulin glargine,reusable,bluetooth)	Tier 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	Tier 3	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	Tier 3	
<i>blood glucose ctl high,nml,low solution</i>	Tier 3	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
<i>blood-glucose meter</i>	Tier 3	
<i>blood-glucose meter kit</i>	Tier 3	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	Tier 3	
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, S.CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
BREEZE 2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic, disc-type)	Tier 3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	Tier 3	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Tier 2	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CARESENS N (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARESOFT LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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)	Tier 3	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONIT DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	PV	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Tier 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Tier 2	PA
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	PA
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies,miscell)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	Tier 3	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	Tier 3	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Tier 2	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

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 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Tier 2	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT EZ METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	Tier 3	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	Tier 3	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Tier 2	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
CURAD XEROFORM PETROLATM DRESS TOPICAL BANDAGE 1 X 8 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36 " (gauze bandage)	Tier 2	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Tier 2	
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR DEVICE (blood-glucose meter,for mobile device)	Tier 3	
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	Tier 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter,continuous)	Tier 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Tier 2	
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Tier 3	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Tier 1	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Tier 2	
DOVER FOLEY CATHETER 24 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Tier 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 2	
DUREX AIR 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	
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 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)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE DENTAL IRRIG SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disponible, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Tier 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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)	Tier 1	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
ENDEAVORRX (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for ADHD)	Tier 2	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Tier 2	
<i>eua patient assessment</i>	Tier 2	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 2	
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Tier 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	PV	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	PV	
<i>filter needles needle 19 x 1 ", 19 x 1 1/2 "</i>	Tier 2	
FILTERED EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set with filter)	Tier 2	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	Tier 3	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Tier 2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTN MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA D10 KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	Tier 3	
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D15G STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA D20 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA D20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	Tier 3	
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA G30A (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V10 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V12 GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V20 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORA V30A (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V30A KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORA V30A STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FORACARE GD40A GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
FREEFLEX PLUS TRANSFER ADAPTER DEVICE 20 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter,continuous)	Tier 3	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	Tier 3	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GENULTIMATE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Tier 2	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Tier 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALO B-LOCK CLOSED LINE ADAPTR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED BAG ADAPTOR (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED LINE ADAPTOR (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED SYRINGE ADAPTOR (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
HALO CLOSED VIAL ADAPTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
HALO VIAL CONVERTER DEVICE 13 MM (vial size converter, closed system)	Tier 2	
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET (lancing device)	Tier 3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
HI-VOLUME PUMPING CHAMBER SET (transfer sets)	Tier 2	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	
IGLUOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
IGLUOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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)	Tier 1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Tier 3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	Tier 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Tier 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Tier 3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	Tier 3	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Tier 2	
INSUFロン INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Tier 2	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Tier 2	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Tier 2	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Tier 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
I-PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Tier 2	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET BLOOD ADMINISTRATION SET (blood administration set)	Tier 2	
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Tier 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Tier 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Tier 2	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Tier 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Tier 2	
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) DEVICE (condoms, latex, non-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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	PV	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	Tier 3	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	Tier 3	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	Tier 3	
<i>lancing device</i>	Tier 3	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	Tier 3	
<i>lancing device with lancets kit</i>	Tier 3	
LANCING SYSTEM (lancing device)	Tier 3	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
LC PLUS (nebulizer)	Tier 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Tier 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC HYDRO-KIT COMBO PACK 14 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Tier 2	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
LUMINOPIA DIGITAL APP (30-DAY) (digital therapeutics, amblyopia)	Tier 2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SAFETY NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 5/8", 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Tier 2	
MAHANA IBS (digital therapeutics,cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
MAXORB EXTRA TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (alginate dressing/carboxymethylcellulose)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Tier 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Tier 2	
MEDIHONEY (HYDROCOLLOID-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 " (honey/hydrocolloid dressing)	Tier 2	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	Tier 3	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
MICROBORE EXTENSION SET INFUSION SET (intravenous administration extension set)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
MICRODOT LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MICROLET LANCET (lancets)	Tier 3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
MIDASPOT COVID19 ANTIBODY TEST KIT (COVID-19 IgG/IgM test cassette)	Tier 2	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	Tier 3	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Tier 2	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Tier 1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Tier 2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Tier 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)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin disposable)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Tier 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE (syringe with needle,disposable)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Tier 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Tier 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
NANO-CHECK COVID-19 AG TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
<i>nebulizer and compressor device</i>	Tier 2	
NERIVIO DIGITAL APP (MIGRAINE) (digital therapeutic, remote electrical neuromodulator device)	Tier 2	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Tier 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper, brief, youth, disposable)	Tier 2	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Tier 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Tier 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Tier 2	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	Tier 3	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	Tier 3	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	Tier 3	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Tier 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Tier 2	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, automated dosing, BT with controller)	Tier 4	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, bluetooth)	Tier 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/G7 with controller)	Tier 4	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/G7)	Tier 4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, continuous subcut infusion, radio freq)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 10 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 15 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 20 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 25 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 30 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 40 units/day, disposable)	Tier 4	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, basal rate 35 units/day, disposable)	Tier 4	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Tier 3	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
ON CALL PLUS METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
ON CALL VIVID METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID PAL METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID PAL METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ON CALL VIVID TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO FLEX START KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO REFLECT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
OPTUMRX (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTUMRX KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
OPTUMRX SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	Tier 3	
OPTUMRX STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
OVAL TAPE (diabetic supplies,miscell)	Tier 3	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Tier 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Tier 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Tier 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Tier 2	
PARI SINUS AEROSOL SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Tier 2	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC DINOSAUR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC DOG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PEDIATRIC FROG NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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)	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Tier 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Tier 1	
PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Tier 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Tier 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Tier 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Tier 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Tier 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Tier 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Tier 2	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Tier 2	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLATINUM GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	Tier 3	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Tier 1	
PORTABLE NEBULIZER SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRECISION (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	Tier 3	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	Tier 3	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 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)	Tier 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Tier 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Tier 2	
PTS COLLECT CAPILLARY TUBE (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
PTS PANELS EGLU TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURACOL PLUS AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2.2 " (dressing, collagen/silver)	Tier 2	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Tier 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	Tier 3	
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Tier 2	
RATE FLOW REGULATOR IV SET INFUSION SET (intravenous administration set)	Tier 2	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Tier 2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
REGULORA IBS DIGITAL APP (digital therapeutics, cognit. behavioral therapy for IBS)	Tier 2	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Tier 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 ", 4 X 4 ", 6 X 6 ", 8 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 6 X 6 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Tier 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Tier 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Tier 2	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GC250S CNTRL SOL NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GC700 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GS700 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST GT333 LEV 2 CTRL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	Tier 3	
RIGHTEST MAX TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Tier 2	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Tier 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)	Tier 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Tier 1	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 2	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Tier 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Tier 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Tier 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Tier 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Tier 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Tier 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILINOIN TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SINGLE-LET (lancets)	Tier 3	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SKARLITE TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Tier 2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	Tier 3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST LANCET (lancets)	Tier 3	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Tier 2	
SOFT TOUCH LANCETS (lancets)	Tier 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Tier 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Tier 2	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Tier 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Tier 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 3	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
STRIVE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Tier 2	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SUPPOSITORY SHELL, SMALL DEVICE (suppository mold)	Tier 2	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	Tier 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)	Tier 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	Tier 3	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Tier 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
<i>syringe (disposable) syringe 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Tier 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 21 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 gauge x 1 1/2"</i>	Tier 1	
<i>syringe with needle, safety syringe 0.5 ml 30 gauge x 1/2"</i>	Tier 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Tier 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Tier 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Tier 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking,knee high,long length,small circumferen)	Tier 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 4	
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Tier 4	
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Tier 2	
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 3	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
TD GOLD TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 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)	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Tier 1	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	Tier 3	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Tier 2	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Tier 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Tier 2	
TENSURE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Tier 2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Tier 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	Tier 3	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Tier 2	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Tier 2	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Tier 2	
TRANSFER SET (transfer sets)	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	PV	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	Tier 3	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	Tier 3	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
TRUNEB NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 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: 07/01/2024

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	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	Tier 3	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Tier 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Tier 1	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin, 1 mL and sharps container)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle, insulin, 0.5 mL/container, empty)	Tier 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
ULTI-LANCE (lancing device)	Tier 3	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Tier 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 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)	Tier 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	Tier 3	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic disposable, safety)	Tier 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNILET GP LANCET (lancets)	Tier 3	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	Tier 3	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	Tier 3	
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Tier 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Tier 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Tier 2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Tier 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Tier 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Tier 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Tier 1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Tier 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Tier 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Tier 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Tier 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	Tier 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	Tier 3	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	Tier 3	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	Tier 3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	Tier 3	
VIXONE NEBULIZER (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-ADULT MASK (nebulizer)	Tier 2	
VIXONE NEBULIZER-PEDIATRIC MSK (nebulizer)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Tier 2	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Tier 2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLR SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Tier 2	
WAVESENSE AMP KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	Tier 3	
WAVESENSE JAZZ STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
WAVESENSE PRESTO (blood-glucose meter)	Tier 3	
WAVESENSE PRESTO KIT (blood-glucose meter)	Tier 3	
WAVESENSE PRESTO STRIP (blood sugar diagnostic)	Tier 3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	PV	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WILLIS THE WHALE COMPRESSR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Tier 2	
XENOVIEW EMPTY DELIVERY BAG (inhalation bag with mouthpiece)	Tier 2	
XEROFORM NON-OCCLUSIVE TOPICAL BANDAGE 4 X 3 "-YARD (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 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)	Tier 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Tier 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Tier 2	
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals		
Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>st. john's wort oral capsule 350 mg</i>	Tier 2	
Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals		
<i>acetylglucosamine oral capsule 700 mg</i>	Tier 1	
COSAMIN AVOCA (WITH BOSWELLIA) ORAL TABLET 500-500-33.3-70 MG (glucosamine HCl/methylsulfonylmethane/Boswellia/herbal 182)	Tier 2	
<i>glucosam-chondr-c-mang citrate oral capsule 375-300-15-0.25 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Tier 2	
<i>glucosamine hcl-hyaluronic oral tablet 1,000-1.65 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Tier 1	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Tier 2	
GLUCOSAMINE-CHONDROITIN 3X ORAL TABLET 750-625-30 MG (glucosamine/chondroitin-msm no.1/C/manganese/boswellia serrata)	Tier 1	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosamine-msm-hyaluron acid oral tablet 500-500-1.1 mg</i>	Tier 1	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Tier 1	
INVIGOFLEX AMPM ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 750 MG-600 MG- 50 MG-125 MG (glucosamine dipot chl/chondroitin sul A Na/Boswell/turmeric)	Tier 2	
INVIGOFLEX CS ORAL TABLET 600-125 MG (chondroitin sulfate/turmeric)	Tier 2	
INVIGOFLEX D ORAL POWDER IN PACKET 1,500 MG (glucosamine sulfate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INVIGOFLEX GS ORAL TABLET 750-50 MG (glucosamine sulfate dipotassium chlor/Boswellia serrata ext)	Tier 2	
MOVE FREE PLUS MSM ORAL TABLET 500 MG-66.7 MG- 500 MG-1.1 MG (glucosamine/chondroitin/msm/hyaluronic ac/calc fructoborate)	Tier 2	
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/cal borate)	Tier 2	
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc /brom)	Tier 2	
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Tier 2	
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Tier 2	
Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Tier 1	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Tier 2	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Tier 1	
SLOWMAG MG CALM-SLEEP ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 1-71.5 MG (melatonin/magnesium citrate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Tier 2	
<i>tryptophan oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>valerian root-valerian root xt oral capsule 400-110 mg</i>	Tier 2	
<i>valerian-flower-hops-lemon oral capsule 450-100 mg</i>	Tier 2	
Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Tier 1	
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Tier 2	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
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)	Tier 2	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Tier 2	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Tier 2	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,zinc,copper 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Tier 1	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Tier 2	
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Tier 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Tier 2	
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Tier 1	
ALPHA LIPOIC SUSTAIN-BIOTIN ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 300 MG- 330 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Tier 2	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Tier 2	
<i>bilberry frt ext-grape skin xt oral capsule 80-200 mg</i>	Tier 1	
CAROTENALL ORAL CAPSULE 600 MCG-500 MCG -10 MG-10 MG (beta,alpha-carotene/gamma toco/lycop/lutein/zeaxanth/astaxan)	Tier 2	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Tier 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Tier 1	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXANTHIN ORAL CAPSULE 60 MG-13.5 MG- 15 MG-2 MG-6 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 1	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Tier 2	
LIVER PROTECT ORAL CAPSULE 200-200-262.5 MG (acetylcysteine/alpha lipoic/milk thistle/selenomethionine)	Tier 2	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Tier 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 20-4 mg, 40-1,600 mg-mcg</i>	Tier 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Tier 1	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Tier 2	
MACULAPF ORAL CAPSULE 10-20-13-4 MG (choline/lutein/zeaxanthin/astaxanthin)	Tier 2	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Tier 2	
NUMAQULA VITAMIN ORAL TABLET 333 MCG-3 MG-0.67 MG (multivitamin with minerals/folic acid/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 1	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET,CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 2	
<i>r-lipoic acid-biotin oral capsule 100 mg-150 mcg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Tier 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)	Tier 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Tier 2	
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/caffeine/enzymes)	Tier 2	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Tier 2	
ADVANCED HERBALS NAUSEA MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 15.625-12.5 MG (ginger root extract/ashwagandha root extract)	Tier 2	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg</i>	Tier 1	
<i>ashwagandha extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 300 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Tier 2	
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Tier 2	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Tier 2	
AZO MEN ORAL CAPSULE 500 MG (pumpkin seed extract)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>balsam peru (bulk) liquid</i>	Tier 2	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Tier 2	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Tier 2	
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Tier 2	
<i>borage seed oil oral capsule 1,200 mg</i>	Tier 2	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) (peppermint oil)	Tier 2	
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Tier 2	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
CITRUS BERGAMOT ORAL CAPSULE 500 MG (bergamot extract)	Tier 2	
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Tier 2	
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet,disintegrating 125 mg</i>	Tier 2	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Tier 2	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Tier 2	
CRANRX ORAL CAPSULE 500 MG (cranberry fruit concentrate)	Tier 2	
<i>curcumin-phosphatidylcholine oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Tier 2	
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Tier 1	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET, CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Tier 2	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Tier 2	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Tier 2	
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Tier 2	
<i>elderberry fruit oral capsule 350 mg</i>	Tier 2	
ELLURA ORAL CAPSULE 206 MG (cranberry fruit extract)	Tier 2	
ESTROVEN CMLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Tier 2	
ESTROVERA ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Tier 2	
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Tier 2	
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Tier 2	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Tier 2	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 2	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Tier 2	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Tier 2	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Tier 2	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Tier 1	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Tier 2	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Tier 2	
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Tier 2	
<i>green tea leaf extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Tier 2	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Tier 2	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Tier 1	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Tier 2	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Tier 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Tier 1	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Tier 2	
<i>milk thistle oral capsule 150 mg</i>	Tier 2	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Tier 2	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 2	
MOVE FREE ULTRA TURMERIC-TAMAR ORAL TABLET 250 MG (tamarindus indica seed/turmeric root extract)	Tier 2	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Tier 2	
NEURIVA DE-STRESS ORAL CAPSULE 100-200-10 MG (coffee extract/theanine/superoxide dismutase)	Tier 2	
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 2	
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NRF2 ACTIVATOR ORAL CAPSULE 200-200-50-30 MG (turmeric xt/green tea xt/pterostilbene/broccoli seed xt)	Tier 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Tier 2	
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Tier 2	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Tier 2	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Tier 2	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Tier 2	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Tier 2	
<i>pterostilbene oral capsule 50 mg</i>	Tier 2	
<i>red beet root-sour cherry ext oral tablet,chewable 250-0.5 mg</i>	Tier 2	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Tier 2	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Tier 2	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Tier 2	
<i>resveratrol-ascorbic acid oral capsule 100-100 mg</i>	Tier 2	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Tier 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Tier 2	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg</i>	Tier 2	
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Tier 2	
<i>shilajit oral capsule 250 mg</i>	Tier 2	
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Tier 2	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>turmeric root extract oral capsule 500 mg</i>	Tier 2	
<i>turmeric root extract oral tablet 500 mg</i>	Tier 2	
<i>turmeric root-ginger root ext oral tablet, chewable 150-25 mg</i>	Tier 2	
<i>turmeric-ginger-black pepper oral tablet, chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg</i>	Tier 2	
<i>turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg</i>	Tier 2	
<i>valerian root oral capsule 450 mg</i>	Tier 2	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Tier 2	
<i>vit c-echinacea purpurea xt oral tablet, chewable 75-3 mg</i>	Tier 1	
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Tier 2	
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever		
Gota E Hiperuricemia - Combinaciones Antimióticas-Uricosúricas - Gout Drugs		
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Tier 1	
Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Colchicine capsules or tablets in 120 days; QL (10 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Hiperuricemia - Comb De Inhibidor De Urat1 E Inhibidor De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
DUZALLO ORAL TABLET 200-200 MG, 200-300 MG (lesinurad/allopurinol)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Allopurinol in 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Allopurinol in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
Terapia De Trastorno Cognitivo		
Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System		
Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adlarity, Donepezil HCL, Memantine HCL, or Namenda XR in 365 days; QL (28 EA per 28 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Adlarity, Donepezil HCL, Memantine HCL, or Namenda XR in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Tier 2	PA
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Tier 1	QL (30 EA per 30 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Memantine immediate release tablets in 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Tier 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Tier 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Memantine immediate release tablets in 120 days; QL (28 EA per 28 days)
Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System		
Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Alfuzosin HCL, Doxazosin Mesylate, Finasteride 5mg, Prazosin HCL, Silodosin, Tamsulosin HCL, or Terazosin HCL in 120 days
Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Tier 2	
Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	
Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-Ht-2) Antagonists - Drugs For The Urinary System		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	
Antacid - Aluminum - Drugs For Infections		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Tier 1	
Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 2	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 2	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Tier 2	PA
Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Tier 2	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Tier 2	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 300 mg</i>	Tier 2	
Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Tier 1	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Tier 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Tier 2	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Tier 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Tier 1	
Antacids And Combinations - Drugs For Infections		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Tier 2	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 10 MEQ (potassium citrate/magnesium citrate/sodium bicarbonate)	Tier 2	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Tier 2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Tier 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml, 500-334 mg/5 ml</i>	Tier 1	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Tier 1	
Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Tier 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Tier 1	
Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Tier 2	
Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Tier 1	
Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Tier 2	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate,monobasic)	Tier 2	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Tier 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>	Tier 1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Tier 2	
Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder		
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet, disintegrating 0.125 mg</i>	Tier 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Tier 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Tier 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET, EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Tier 2	
Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 10 % (100 MG/GRAM) (oxybutynin chloride)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days; QL (1 GM per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Tier 1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Tier 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>	Tier 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Tier 1	
Combinaciones De Metenamina- Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylat/hyoscyamin)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 2	
URO-458 ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Tier 1	
Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velforo AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
VELPHORO ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Tier 2	QL (6 EA per 1 day)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Tier 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)	Tier 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: 07/01/2024

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)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Velphoro AND ONE of the following: generic Calcium Acetate, Lanthanum Carbonate, Sevelamer Carbonate, Sevelamer HCL within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Tier 2	QL (6 EA per 1 day)
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)	Tier 4	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Tier 4	
Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Tier 2	ST: Must meet the following requirements: Mirabegron or Oxybutynin Chloride in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (mirabegron)	Tier 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA
Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders		
Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Tier 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Megestrol Acetate 40mg/mL suspension in 120 days
Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Tier 2	QL (60 ML per 30 days)
Thyroid Therapy		
Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism		
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Cofactor De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Tier 2	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Tier 2	
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 2	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Tier 2	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 2	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Tier 2	
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)	Tier 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>	Tier 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Tier 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Tier 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) - Drugs That Alter Metabolism		
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM (uridine triacetate)	Tier 2	PA
Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Tier 2	PA
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Tier 2	PA
Modificador Metabólico - Activador De Carbamil Fosfato Sintetasa 1 (Cps 1) - Drugs That Alter Metabolism		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	Tier 2	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Tier 2	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism		
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 2	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Tier 2	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Tier 2	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Tier 2	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 2	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 2	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Tier 2	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Tier 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)	Tier 2	
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Tier 2	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Tier 2	PA
Nsaid Analgesic, Cyclooxygenase-2 (Cox-2) Selective Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (cobicistat)	Tier 2	
Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Tier 2	PA
Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Tier 2	PA
Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Tier 2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Tier 1	
Vitamins - E		
Ophthalmic Antiparasitics		
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Tier 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)	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Tier 2	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Tier 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Tier 2	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Tier 1	
Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl ophthalmic (eye) drops 10 mg/ml</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

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)	Tier 2	
Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Tier 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Tier 2	
Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Tier 2	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Tier 1	
Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir HCL in 120 days
B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 2	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Tier 2	
Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Tier 2	
Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Tier 2	
<i>cyclopen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %-0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %-2.5 %-0.4 %</i>	Tier 1	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Tier 1	
Lagrmas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Tier 2	
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT 5 MG (hydroxypropyl cellulose)	Tier 2	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Tier 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: 07/01/2024

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>	Tier 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Tier 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Tier 1	
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Tier 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Tier 1	
Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Sodium, Ilevro, or Ketorolac Tromethamine in 365 days; QL (60 EA per 15 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (3 ML per 16 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Diclofenac Sodium or Ketorolac Tromethamine in 120 days; QL (3.4 ML per 16 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Tier 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Tier 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Tier 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Diclofenac Sodium, Ilevro, or Ketorolac Tromethamine in 365 days; QL (9 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)	Tier 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Tier 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Tier 2	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Tier 2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
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)	Tier 2	
PHOTREXA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium (B2))	Tier 2	
PHOTREXA VISCOUS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, VISCOUS 0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Tier 2	
Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
HEALON ENDOCOAT INTRAOCULAR SYRINGE 30 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Tier 4	
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Tier 4	
Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Tier 2	
Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) ointment 1 %</i>	Tier 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Tier 1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Tier 1	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Azelastine HCL, Epinastine HCL, or Olopatadine HCL in 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Tier 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Tier 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Tier 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Tier 2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Tier 1	QL (10 ML per 14 days)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Tier 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Tier 1	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Tier 1	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (10 ML per 14 days)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>Ioteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Tier 2	ST: Must meet any of the following requirements: Dexamethasone 0.1%, Fluorometholone 0.1%, or Prednisolone 1% in 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 14 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Immunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatory		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Cyclosporine, Restasis Multidose, or Xiidra in 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Tier 2	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Tier 1	QL (60 EA per 30 days)
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Tier 2	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Tier 2	PA
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Tier 2	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatory		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Tier 1	
<i>neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Tier 1	

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Tier 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops in 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Tier 2	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
<i>prednisoln sp-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolon-moxiflox-bromf(pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.09 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Tier 1	ST: Must meet the following requirement: Dorzolamide HCL/Timolol Maleate in 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Tier 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf) ophthalmic (eye) drops 1-0.09 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye		
ALOCRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 2 % (nedocromil sodium)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Cromolyn 4% ophthalmic drops in 120 days; QL (20 ML per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (Iodoxamide tromethamine)	Tier 2	ST: Must meet the following requirement: Cromolyn 4% ophthalmic drops in 120 days; QL (40 ML per 30 days)
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Tier 1	QL (50 ML per 30 days)
Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)	Tier 1	
ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)	Tier 1	
IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE, GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)	Tier 2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Brimonidine Tartrate, Brimonidine Tartrate/Timolol , Brinzolamide, Latanoprost, Lumigan, Simbrinza, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Tier 1	
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Tier 1	QL (1 ML per 12 days)
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Tier 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Tier 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Tier 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Otros artículos de farmacia y ciertos DME | Nivel 4 = Medicamento Inyectables Autoadministrados

PV = Beneficios de Cuidado Preventivo requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles (ACA)

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Tier 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Tier 2	ST: Must meet 3 of the following requirements: Bimatoprost, Latanoprost, Latanoprost/pf, Lumigan, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Tier 2	ST: Must meet 2 of the following requirements: Brimonidine Tartrate, Brimonidine Tartrate/Timolol , Brinzolamide, Latanoprost, Lumigan, Simbrinza, or Travoprost in 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Tier 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Tier 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: 07/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Tier 2	PA
Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye		
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Tier 2	PA
Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Tier 2	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Tier 2	PA
Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 2	
Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Tier 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: 07/01/2024

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS..... 521, 616	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 545, 617	ACTICOAT SURGICAL DRESSING..... 420
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 521, 616	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS..... 545, 617	ACTIFLOVIT..... 243
2-IN-1 LANCET DEVICE 544, 616	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL..... 545, 617	ACTI-LANCE LANCETS 545, 617
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL)..... 544, 616	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP..... 581, 617	ACTIMMUNE..... 1
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE..... 544, 578, 616	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS..... 545, 617	<i>activated charcoal</i> 35
A-25 (VIT A PALMITATE).... 243	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS..... 545, 617	ACTIVE-PAC..... 303, 359
<i>abacavir</i> 17	Accutane..... 487	ACTIVNUTRIENTS..... 258
<i>abacavir-lamivudine</i> 15	ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL..... 545, 617	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON)..... 258
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S..... 258	ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS..... 581, 617	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE..... 258
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT.... 305, 333	ACD SOLUTION A..... 212	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN..... 258
ABILIFY MYCITE STARTER KIT..... 305, 333	ACD-A..... 212, 213	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE..... 258
<i>abiraterone</i> 143, 146	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER..... 592, 617	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON)..... 258
ABLYSINOL..... 168	<i>acebutolol</i> 197	ACUICYN..... 467
ABRILADA(CF)..... 50, 94, 124	ACESO AG..... 419	ACUVAIL (PF)..... 758
ABRILADA(CF) PEN 50, 94, 124	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> 105, 117	<i>acyclovir</i> 12, 414
ABRYSVO (PF)..... 276	<i>acetaminophen-codeine</i> 122	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)..... 281
ABSORICA LD..... 487	<i>acetazolamide</i> 169	ADAINZDE..... 482
ACAI BERRY DIET..... 732	<i>acetic acid</i> 606, 742	ADAINZOXIA..... 484
<i>acamprosate</i> 299	<i>acetylcarnitine</i> 241	<i>adalimumab-aacf</i> 50, 94, 124
<i>acarbose</i> 392	<i>acetylcysteine</i> 89, 164	<i>adalimumab-aaty</i> 50, 94, 124
ACCRUFER..... 236	<i>acetylglucosamine</i> 726	<i>adalimumab-adaz</i> 50, 94, 124
ACCUCAINE KIT..... 129, 439	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND..... 56	<i>adalimumab-adbm</i> 50, 94, 95, 125
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN..... 544, 616	ACIDOPHILUS-PECTIN..... 43	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS..... 50, 95, 125
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP..... 581, 616	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> 56	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV..... 50, 95, 125
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM..... 544, 616	ACIOXIA..... 440	<i>adalimumab-fkjp</i> 50, 51, 95, 125
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV..... 544, 616	ACIOXIAY..... 472	<i>adalimumab-ryvk</i> 51, 95, 125
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER.... 544, 616	ACIPHEX SPRINKLE..... 39	<i>adapalene</i> 485, 486
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL..... 544, 616	<i>acitretin</i> 426	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 484
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR..... 544, 616	ACT DRY MOUTH..... 291	ADASUVE..... 334
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS..... 581, 616	ACTEMRA..... 119	ADBRY..... 423
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET..... 545, 616	ACTEMRA ACTPEN..... 119	<i>adefovir</i> 27
	ACTHAR..... 376	ADEINZDE..... 482
	ACTICOAT 7 DRESSING.... 419	ADEK GUMMIES PLUS ZINC..... 251
	ACTICOAT DRESSING..... 419	ADEMPAS..... 189
	ACTICOAT FLEX 3 DRESSING..... 419	ADENO-HYDROXO B12.... 234
	ACTICOAT FLEX 7 DRESSING..... 419	

<i>adenovirus vac live type-4, 7</i>.....276, 280	ADVOCATE LANCING DEVICE..... 545, 618	AFLURIA QD 2023-24(3YR UP)(PF)..... 287
<i>adenovirus vaccine live type- 4</i>.....277, 280	ADVOCATE PEN NEEDLE.....521, 618	AFLURIA QUAD 2023- 2024(6MO UP)..... 288
<i>adenovirus vaccine live type- 7</i>.....277, 280	ADVOCATE REDI-CODE PLUS..... 545, 581, 618	AFREZZA..... 403
ADJUSTABLE LANCING DEVICE..... 545, 617	ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L.....545, 618	AFSTYLA.....210
ADLARITY..... 739	ADVOCATE REDI-CODE CTRL HIGH..... 545, 618	AFTER PILL..... 146, 148
ADMELOG SOLOSTAR U- 100 INSULIN..... 378	ADVOCATE SYRINGES.....521, 522, 618	AFTERA..... 146, 148
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO..... 379	ADYNOVATE..... 210	AGAMATRIX AMP GLUC MONITOR SYS..... 545, 619
ADTHYZA.....397	ADZENYS XR-ODT ....344, 351	AGAMATRIX AMP TEST STRIPS.....581, 619
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH..... 258, 730	AEMCOLO.....26	AGAMATRIX CONTROL HIGH.....545, 619
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC.....56	AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM..... 592, 618	AGAMATRIX CONTROL NORM-HI.....546, 620
ADULT ASPIRIN REGIMEN 109, 208	AEROCHAMBER MINI 592, 618	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 2..... 546, 620
ADULT LOW DOSE ASPIRIN..... 109, 208	AEROCHAMBER MV ..592, 618	AGAMATRIX CONTROL SOLN-LEVEL 4..... 546, 620
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES..... 259	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU..... 592, 618	AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS..... 581, 620
ADULTS 50 PLUS.....259	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK..... 592, 619	AGAMREE.....393
ADULTS MULTIVITAMIN....259	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK..... 592, 619	AIMOVIG AUTOINJECTOR 361
ADVAIR HFA..... 91	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK.....592, 619	AIMSCO LATEX CONDOM.....491, 620
ADVANCE PLUS INTERMITTENT..... 518, 617	AEROCHAMBER PLUS Z STAT..... 593, 619	AIRDUO DIGIHALER..... 92
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT..... 444	AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK.....592, 619	AIRS DISPOSABLE NEBULIZER..... 497, 620
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP.....581, 617	AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK..... 593, 619	AIRSUPRA..... 92
ADVANCED GLUCOSE METER..... 545, 617	AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK..... 593, 619	AIRZONE PEAK FLOW METER..... 580, 620
ADVANCED HERBALS GINGER..... 732	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG..... 593, 619	AJOVY AUTOINJECTOR....369
ADVANCED HERBALS NAUSEA.....732	AEROECLIPSE II NEBULIZER..... 497, 619	AJOVY SYRINGE.....369
ADVANCED LANCING DEVICE..... 545, 617	AEROECLIPSE XL NEBULIZER..... 497, 619	AKEEGA..... 130
ADVANCED PROBIOTIC.....57	AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT..... 580, 619	AKLIEF..... 486
ADVANCED SKIN CARE.... 441	AERONEB GO..... 593, 619	AKTEN (PF).....761
ADVANCED TRAVEL LANCETS..... 545, 617	AERONEB GO NEBULIZER.....497, 619	AKYNZEO (NETUPITANT)... 36
ADVATE..... 210	AEROTRACH PLUS ....593, 619	Ala-Cort..... 444
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST.....494, 618	AEROVENT PLUS..... 593, 619	ALADERM PLUS..... 477
ADVOCATE LANCET ..545, 618	Afirmelle.....149	ALAMAX CR.....730
		ALAMAX PROTECT..... 730
		Ala-Scalp..... 444
		<i>albendazole</i> 1
		<i>albuterol sulfate</i> 86, 87
		Alcaine.....768
		<i>alclometasone</i> 444
		ALCORTIN A..... 433
		ALECENSA..... 135
		<i>alendronate</i>.....390

ALFAMINO JUNIOR.....	256	ALL FLOW 1000 KIT ...	593, 620	ALTACAINE.....	768
ALFERON N.....	456	ALL FLOW 1000 PFT		ALTAFLUOR BENOX..	759, 767
<i>alfuzosin</i>	742	FILTER.....	593, 620	Altavera (28).....	149
ALINIA.....	2	ALL FLOW 3000 KIT ...	593, 620	ALTERA NEBULIZER	
<i>aliskiren</i>	191	ALL FLOW 3000 PFT		HANDSET.....	497, 621
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		FILTER.....	593, 620	ALTERA NEBULIZER	
D3.....	249	ALL FLOW 4000 KIT ...	593, 620	SYSTEM.....	497, 621
ALIVE DAILY ENERGY	259	ALL FLOW 4000 PFT		ALTERNATE SITE LANCET	
ALIVE DIABETIC		FILTER.....	593, 620	.....	546, 621
MULTIVITAMIN.....	259	ALL FLOW 5000 KIT ...	593, 620	ALTERNATE SITE	
ALIVE ENERGY 50 PLUS...	259	ALL FLOW 5000 PFT		LANCING DEVICE.....	546, 621
ALIVE KIDS CHEWABLE ...	274	FILTER.....	593, 620	ALTOPREV.....	172
ALIVE MAX POTENCY.....	259	ALL FLOW 6000 PFT		ALTRENO.....	486
ALIVE MAX3 POTENCY.....	259	FILTER.....	593, 620	ALTRIXA.....	251
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGIST TRAY 1/2 ML		ALTUVIIIIO.....	210
MULTIVIT.....	259	27GX3/8".....	499, 620	<i>alum, ammonium (bulk)</i>	605
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		ALLERGIST TRAY		ALUNBRIG.....	135
(VIT K).....	259	INTRADERMAL BEV ...	499, 620	ALVAIZ.....	200
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGIST TRAY		ALVESCO.....	78
ULTRA.....	259	REGULAR BEVEL.....	499, 620	<i>alvimopan</i>	163
ALIVE MEN'S ENERGY.....	260	ALLERGY SYRINGE...	499, 621	Alyacen 1/35 (28).....	149
ALIVE MEN'S GUMMY.....	260	ALLEVYN.....	420, 621	Alyacen 7/7/7 (28).....	157
ALIVE MEN'S MAX3		ALLEVYN ADHESIVE		Alyq.....	167
POTENCY.....	260	DRESSING.....	420, 576, 621	Amabelz.....	386
ALIVE MEN'S ULTRA		ALLEVYN AG.....	420	<i>amantadine hcl</i>	360
POTENCY.....	260	ALLEVYN AG ADHESIVE...	420	<i>ambrisentan</i>	189
ALIVE PREMIUM ADULT ...	260	ALLEVYN AG GENTLE		<i>amcinonide</i>	444
ALIVE PREMIUM KIDS.....	274	DRESSING.....	420	AMELUZ.....	431
ALIVE PREMIUM MEN'S ...	260	ALLEVYN HEEL.....	420, 621	Amethia.....	160
ALIVE PREMIUM		ALLEVYN LIFE DRESSING		Amethyst (28).....	149
PRENATAL.....	260	.....	420, 621	AMIELLE VAGINAL	
ALIVE PREMIUM		<i>allopurinol</i>	738	TRAINER.....	488, 621
WOMEN'S.....	260	<i>almotriptan malate</i>	366	<i>amiloride</i>	180
ALIVE PREMIUM		ALOCRIAL.....	768	<i>amiloride-</i>	
WOMEN'S 50 PLUS.....	260	<i>alogliptin</i>	404	<i>hydrochlorothiazide</i>	185
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alogliptin-metformin</i>	405	<i>aminocaproic acid</i>	207
(BLEND).....	260	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	389	<i>amiodarone</i>	171
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		ALOMIDE.....	768	<i>amitriptyline</i>	341
GUMMY.....	260	<i>alosectron</i>	31	<i>amitriptyline-</i>	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	261	<i>alpha lipoic acid</i>	730	<i>chlordiazepoxide</i>	326, 336
ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid-biotin</i>	730	AMJEVITA(CF).....	51, 95, 125
VITAMIN.....	261	ALPHA LIPOIC SUSTAIN-		AMJEVITA(CF)	
ALIVE WOMEN'S ULTRA		BIOTIN.....	730	AUTOINJECTOR.....	51, 95, 125
POTENCY.....	261	ALPHANATE.....	210	<i>amlodipine</i>	181
ALKALINE BATTERIES		ALPHANINE SD.....	213	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	190
.....	546, 620	<i>alprazolam</i>	336, 354	<i>amlodipine-benazepril</i>	193
ALKALOL NASAL WASH.....	82	ALPRAZOLAM INTENSOL		<i>amlodipine-olmesartan</i>	191
ALKA-SELTZER PM		.....	336, 354	<i>amlodipine-valsartan</i>	191
(MELATONIN).....	43, 356	ALPROLIX.....	213	<i>amlodipine-valsartan-</i>	
ALKINDI SPRINKLE.....	393	ALTABAX.....	477	<i>hcthiamid</i>	180

<i>ammonium lactate</i>	443	APTIVUS.....	23	<i>ashwagandha root extract</i> ...	732
Amnesteem.....	487	AQINJECT 3.0 LOCK		ASMANEX HFA.....	78
<i>amoxapine</i>	341	SYRINGE.....	499, 621	ASMANEX TWISTHALER.....	78
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		AQINJECT LUER LOCK		<i>aspirin</i>	109, 208
<i>lansopraz</i>	43	SYRINGE.....	499, 621	ASPIRIN CHILDRENS	109, 208
<i>amoxicillin</i>	3	AQINJECT PEN NEEDLE		<i>aspirin-dipyridamole</i>	216
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	5	.....	522, 621	<i>aspirin-omeprazole</i>	205
<i>amphetamine</i>	344, 351	AQINJECT SAFETY		ASPRUZYO SPRINKLE.....	191
<i>amphetamine sulfate</i>		NEEDLE.....	499, 622	ASPYRERX DIGITAL APP	
.....	308, 328, 344	AQINJECT SAFETY		(90-DAY).....	496, 622
<i>ampicillin</i>	3	SYRINGE.....	500, 622	ASSURE 4 CONTROL	
AMVISC.....	760	AQINJECT STANDARD		SOLUTION.....	546, 622
AMVISC PLUS.....	761	NEEDLE.....	500, 622	ASSURE 4 STRIPS.....	581, 622
<i>amyl nitrite</i>	164, 194	AQUA LANCE LANCING		ASSURE DOSE NORMAL	
AMZEEQ.....	472	DEVICE.....	546, 622	CONTROL.....	546, 622
ANACAINE.....	444	AQUORAL.....	292	ASSURE DOSE NORM-HI	
<i>anagrelide</i>	216	ARAKODA.....	13	CONTROL.....	546, 622
ANA-LEX KIT.....	410	ARALAST NP.....	88	ASSURE ID DUO PRO	
ANALPRAM-HC.....	465	Aranelle (28).....	157	SFTY PEN NDL.....	522, 622
ANASCORP.....	278	ARANESP (IN		ASSURE ID PEN NEEDLE	
ANASTIA.....	431	POLYSORBATE).....	202, 203	.....	522, 622
<i>anastrozole</i>	145	ARAZLO.....	486	ASSURE ID PRO PEN	
ANDRODERM.....	381	ARCALYST.....	114	NEEDLE.....	522, 622
ANGELIQ.....	403	ARESTIN.....	293	ASSURE LANCE.....	546, 622
ANNOVERA.....	147	AREXVY (PF).....	276	ASSURE LANCE PLUS	
ANODYNE LPT.....	478	<i>arformoterol</i>	86	.....	546, 623
ANORO ELLIPTA.....	91	<i>arginine (l-arginine)</i>	219	ASSURE PLATINUM	
<i>anticoag citrate phos</i>		<i>arginine hcl (l-arginine)</i>	219	GLUCOSE METER.....	546, 623
<i>dextrose</i>	213	ARGYLE TRACHEOSTOMY		ASSURE PLATINUM TEST	
ANTIOXIDANT FORMULA		CARE TRAY.....	488, 622	STRIP.....	581, 623
(SELENIUM).....	261, 730	ARIKAYCE.....	4	ASSURE PRISM CONTROL	
ANUCORT-HC.....	410	<i>aripiprazole</i>	305, 333	1-2 SOLN.....	546, 623
ANZEMET.....	42	<i>armodafinil</i>	308	ASSURE PRISM MULTI	
APADAZ.....	105	ARMONAIR DIGIHALER.....	78	METER.....	546, 623
Apexicon E.....	445	ARMOUR THYROID.....	397	ASSURE PRISM MULTI	
APIDRA SOLOSTAR U-100		ARNUITY ELLIPTA.....	78	STRIP.....	581, 623
INSULIN.....	379	ARTISS.....	423	ASTAGRAF XL.....	300
APIDRA U-100 INSULIN.....	379	Ascomp With Codeine.....	122	ASTERO.....	431
APLENZIN.....	327	ASCOR.....	240	ASTHMA CHECK METER	
APLIGRAF.....	479	<i>ascorbate calcium-</i>		.....	580, 623
APOGEE IC INTERMIT		<i>bioflavonoid</i>	243	ASTHMAPACK	
CATHETER.....	518, 621	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	240	CHILDREN'S.....	580, 623
APOGEE PLUS INTERMITT		<i>ascorbic acid(vitamin</i>		ASTRINGYN.....	198
CATHETER.....	518, 621	<i>c)(bulk)</i>	240, 605	<i>atazanavir</i>	24
<i>apomorphine</i>	360	<i>ascorbic acid-ascorbate</i>		<i>atenolol</i>	184
<i>apraclonidine</i>	770	<i>sodium</i>	240	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	180
<i>aprepitant</i>	33	<i>ascorbic acid-zinc oxide</i>	245	<i>atomoxetine</i>	371
APRETUDE.....	17	<i>asenapine maleate</i>	305, 331	ATORVALIQ.....	172
Apri.....	149	Ashlyna.....	160	<i>atorvastatin</i>	172
APTIOM.....	318	<i>ashwagandha extract</i>	732	<i>atovaquone</i>	25

<i>atovaquone-proguanil</i>.....22	AUTOSOFT XC INFUSION	BACICAP.....57
ATRANTIL..... 732	SET 23"..... 590, 624	BACID WITH
ATRAPRO CP..... 457	AUTOSOFT XC INFUSION	LACTOSPORE..... 57
ATRAPRO DERMAL	SET 32"..... 590, 624	<i>bacillus coagulan,subtilis-</i>
SPRAY..... 418, 607	AUTOSOFT XC INFUSION	<i>xos</i> 57
ATRAPRO HYDROGEL..... 457	SET 43"..... 590, 624	<i>bacitracin</i> 755
ATROPEN..... 169	AUVELITY..... 328	<i>bacitracin-polymyxin b</i> 758
<i>atropine</i>.....761	AUVI-Q..... 196	<i>baclofen</i> 613
<i>atropine sulfate (pf)</i>.....761	AVEIDA..... 463	BAFIERTAM..... 409
ATROVENT HFA..... 76	AVEIDAOXIA.....463	BALANCED B-50
Aubra..... 149	AVENOVA..... 467	COMPLEX (FOLIC)..... 217
Aubra Eq.....149	Aviane..... 150	BAL-CARE DHA..... 220
AUGMENTIN..... 5	AVIDOXY DK.....21	BAL-CARE DHA
AUGTYRO..... 137	AVITA..... 486	ESSENTIAL..... 220
AURA PORTANEB..... 497, 623	AVITENE..... 198	<i>balsalazide</i>.....29
Aurovela 1.5/30 (21)..... 149	AVITENE FLOUR..... 198	<i>balsam peru (bulk)</i> 605, 733
Aurovela 1/20 (21)..... 149	AVO CREAM..... 457	<i>balsam peru-castor oil</i> 417
Aurovela 24 Fe..... 150	AVONEX.....407	BALVERSA..... 134
Aurovela Fe 1.5/30 (28)..... 150	Ayuna..... 150	Balziva (28)..... 150
Aurovela Fe 1-20 (28)..... 150	AYVAKIT..... 137	BANATROL PLUS..... 72
AURUMHEEL..... 295	AZADROX..... 434	BAQSIMI.....375
AURYXIA..... 236, 747, 749	AZASITE.....755	BARACLUDGE.....27
AUSTEDO..... 363, 370	<i>azathioprine</i> 115, 300	BARDEX I.C. FOLEY
AUSTEDO 12MG START	<i>azelaic acid</i>.....463, 472	CATHETER..... 518, 624
TITR(WK1-4)..... 362, 370	<i>azelastine</i> 83, 762	BASADROX.....434
AUSTEDO TD TITRATN PK	<i>azelastine-fluticasone</i> 73	BASAGLAR KWIKPEN U-
(WK 1-2)..... 363, 370, 371	AZELEX.....463, 473	100 INSULIN..... 377
AUSTEDO XR..... 363, 370, 371	AZESCO.....241	BAXDELA..... 5
AUSTEDO XR TITRATION	<i>azithromycin</i> 10, 11	BAYER ASPIRIN..... 109, 208
KT(WK1-4).....363, 370, 371	AZO COMPLETE	BAYER LOW DOSE
AUTOJECT 2 INJECTION	FEMININE BALANCE.....57	ASPIRIN..... 109, 208
DEVICE..... 522, 623	AZO CRANBERRY PLUS	B-COMPLEX INJECTION... 274
AUTO-LANCET MINI...546, 623	PROBIOTIC.....732	B-COMPLEX PLUS B-12.... 273
AUTOLET IMPRESSION	AZO CRANBERRY PLUS	<i>b-complex with vitamin c</i> 217
LANC DEV.....546, 623	VIT C.....732	BD ALLERGIST TRAY REG
AUTOLET LANCING	AZO DUAL PROTECTION... 57	BEVEL..... 500, 624
DEVICE..... 546, 623	AZO MEN..... 732	BD ALLERGY SYRINGE
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	AZSTARYS.....344	.....500, 624
.....522, 623	Azurette (28)..... 160	BD AUTOSHIELD DUO
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	B ACTIV.....217	PEN NEEDLE..... 522, 624
.....522, 623	B COMPLEX 100.....274	BD BLUNT PLASTIC
AUTOSOFT 30..... 590, 623	B COMPLEX-VITAMIN C... 273	CANNULA..... 500, 624
AUTOSOFT 30 INFUSION	<i>b complex-vitamin c-folic</i>	BD BULK SYRINGE SLIP
PACK 23"..... 590, 623	<i>acid</i> 217	TIP..... 500, 624
AUTOSOFT 90..... 590, 624	B12..... 234	BD ECCENTRIC TIP
AUTOSOFT XC INFUSION	B12 ACTIVE..... 234	SYRINGE..... 500, 624
PACK 23"..... 590, 624	<i>b12-methyltetrahydrofolate-</i>	BD ECLIPSE LUER-LOK
AUTOSOFT XC INFUSION	<i>b6</i>.....273	.....500, 522, 624, 625
PACK 5"..... 590, 624	BABY COUGH.....729	BD FILTER NEEDLE-5
	BABY COUGH-MUCUS..... 729	MICRON..... 501, 625

BD INSULIN SYRINGE 522, 523, 625	B-D SLIP TIP SYRINGE 502, 628	BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN)..... 44
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)..... 522, 625	BD SPECIALTY USE NEEDLES..... 503, 629	BENEFIX..... 214
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE..... 522, 625	BD SYRINGE..... 503, 629	<i>benfotiamine</i> 240
BD INSULIN SYRINGE U- 500..... 523, 625	BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE..... 503, 629	BENLYSTA..... 120
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE..... 523, 625, 626	BD SYRINGE CATHETER TIP..... 503, 629	BENTIVITE BX..... 237
BD INSYTE AUTOGUARD 498, 626	BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE..... 503, 629	BENZEPRO..... 485
BD INTEGRA SYRINGE 501, 626	BD SYRINGE LUER-LOK STERILE..... 503, 629	BENZEPRO (MICROSPHERES)..... 485
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN..... 501, 626	BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE..... 503, 629	<i>benzhydrocodone-</i> <i>acetaminophen</i> 105
BD INTERLINK SYRINGE 501, 626	BD SYRINGE-DUAL CANNULA..... 504, 629	<i>benznidazole</i> 24
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV..... 523, 626	BD TUBERCULIN SLIP-TIP 504, 630	BENZODOX 30..... 21
BD LUER-LOK BULK SYRINGE..... 501, 626	BD TUBERCULIN SYRINGE 504, 630	BENZODOX 60..... 21
BD LUER-LOK SYRINGE 501, 502, 626, 627	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE..... 524, 630	<i>benzoin (bulk)</i> 461, 605
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING..... 502, 627	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE..... 524, 630	<i>benzonatate</i> 76
BD MICROTAINER LANCET..... 546, 547, 627	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE..... 524, 630	<i>benzoyl peroxide</i> 485
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE..... 523, 627	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE..... 524, 630	<i>benztropine</i> 362
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9..... 246	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE..... 524, 630	<i>bepotastine besilate</i> 762
BD PRECISIONGLIDE 502, 627	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)..... 524, 630	<i>berberine chloride</i> 4
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY..... 502, 627	BD VEO INSULIN SYRINGE UF..... 524, 630	BERBERINE ES-5..... 4
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 523, 627, 628	BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST..... 494, 630	BERGACOR..... 733
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG..... 502, 628	BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B..... 494, 630	BERGACOR PLUS..... 733
BD SAFETYGLIDE SYRINGE..... 502, 523, 628	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2..... 494, 631	BERINERT..... 200
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL..... 502, 628	BEANAID..... 35	BESER KIT..... 442
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN..... 502, 628	BEANO..... 35	BESIVANCE..... 755
BD SAF-T-INTIMA..... 498, 628	BELBUCA..... 121	BESREMI..... 140
BD SLIP TIP SYRINGE 502, 503, 628, 629	BELSOMRA..... 335	BEST FIBER..... 44
	<i>benazepril</i> 195	<i>beta carotene</i> 243
	<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> 193	BETADINE OPHTHALMIC PREP..... 756
	BENEFIBER CLEAR SF (DEXTRIN)..... 44	<i>betaine</i> 754
		BETALOAN SUIK..... 389
		<i>betamethasone dipropionate</i> 445
		<i>betamethasone valerate</i> 445
		<i>betamethasone, augmented</i> 445
		BETASERON..... 407
		<i>betaxolol</i> 184, 760
		<i>bethanechol chloride</i> 750
		BETIMOL..... 760
		BETOPTIC S..... 760
		BEVESPI AEROSPHERE..... 91
		BEVITROL..... 55
		<i>bexarotene</i> 144, 431
		BEXSERO..... 286
		BEYFORTUS..... 276
		<i>bicalutamide</i> 146
		BIGFOOT UNITY..... 547, 631

BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG.....	489, 631	BIOTEL CARE BGM-4 METER.....	547, 632	BPCO.....	417
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA.....	489, 631	<i>biotin</i>	242	BPO.....	485
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART.....	489, 631	<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn</i>	42	BRAFTOVI.....	138
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR.....	489, 631	<i>bisoprolol fumarate</i>	184	BREATHERITE MDI SPACER.....	593, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP.....	489, 631	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	180	BREATHERITE SPACER-MASK, NEO.....	593, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG.....	489, 631	<i>bitter melon extract</i>	733	BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT.....	593, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS.....	489, 631	Blisovi 24 Fe.....	150	BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD.....	593, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO.....	489, 631	Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	150	BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT.....	594, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV.....	489, 631	Blisovi Fe 1/20 (28).....	150	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD.....	594, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG.....	489, 631	<i>blood glucose contrl hi,normal</i>	547, 632	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	594, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO.....	489, 631	<i>blood glucose control, normal</i>	547, 632	BREATHERITE VALVED MDI SPACER.....	594, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX.....	489, 631	<i>blood glucose ctl high,nml,low</i>	547, 632	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW.....	547, 633
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA.....	489, 631	BLOOD GLUCOSE MONITORING.....	547, 632	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML.....	547, 633
BIJUVA.....	387	BLOOD GLUCOSE TEST.....	581, 632	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH.....	547, 633
BIKTARVY.....	24	<i>blood-glucose meter</i>	547, 632	BREEZE 2 TEST STRIPS.....	582, 633
BILAC.....	57	BLULINK BG SYSTEM REFILL.....	547, 632	BRENZAVVY.....	382
<i>bilberry frt ext-grape skin xt.</i>	730	BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE.....	547, 632	BREO ELLIPTA.....	92
<i>bimatoprost</i>	769	BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	547, 632	BREXAFEMME.....	11
BIMZELX.....	416	BLULINK GLUCOSE TEST STRIP.....	581, 632	Breyna.....	92
BIMZELX AUTOINJECTOR	416	<i>blunt needle, disposable</i>	504, 632	BREZTRI AEROSPHERE.....	80
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST.....	494, 632	BONEUP.....	229	Briellyn.....	150
BINAXNOW COVID-19 AG CARD.....	494, 632	BONEUP (CALCIUM ASCORBATE).....	229	BRILINTA.....	208
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST.....	494, 632	BONJESTA.....	54	<i>brimonidine</i>	463, 770
BINOSTO.....	390	BOOST GLUCOSE CONTROL.....	256	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i>	756
BIO C 1:1.....	243	BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT.....	261	<i>brimonidine-timolol</i>	766
BIOLON.....	761	BOOSTRIX TDAP.....	281	<i>brinzolamide</i>	769
BIOLYTE.....	247	<i>borage seed oil</i>	733	BRIVIACT.....	352
BIOMEPRO.....	57	<i>bosentan</i>	189	<i>bromelains</i>	299
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM.....	547, 632	BOSULIF.....	137	Bromfed Dm.....	77
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS.....	581, 632	BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL.....	733	<i>bromfenac</i>	758, 759
BIOSTEP.....	420, 632	BOYS TRAINING PANTS 4T-5T.....	493, 633	<i>bromocriptine</i>	361
BIOSTEP AG.....	420	BP 10-1.....	480	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i>	77
				BRONCHITOL.....	72
				BRUKINSA.....	131, 137
				BRYHALI.....	428, 446
				<i>budesonide</i>	56, 78

<i>budesonide-formoterol</i>.....92	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>.....741, 747	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> 193
BUFFERED C POWDER.... 240	<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf</i>.....230	CARBAGLU.....752
BULLFROG MOSQUITO COAST.....462	<i>calcium carbonate</i>.....229	<i>carbamazepine</i> 306, 307, 319
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS.....547, 633	<i>calcium carbonate-vitamin d3</i>.....249	<i>carbidopa</i>.....361
<i>bumetanide</i>.....169	<i>calcium citrate</i>.....229	<i>carbidopa-levodopa</i>.....359
<i>buprenorphine</i>.....121	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>....249	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>.....331
<i>buprenorphine hcl</i>.....121, 298	<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>.....230	<i>carbinoxamine maleate</i> ... 74, 80
<i>buprenorphine-naloxone</i>.....298	<i>calcium pantothenate</i>.....239	CARDURA XL.....196
<i>bupropion hcl</i>.....327, 328	<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc</i>.....230	CAREFINE PEN NEEDLE.....524, 634
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>.....298	<i>calcium phosphate-vitamin d3</i>.....249	CAREONE LANCING DEVICE.....547, 634
<i>buspirone</i>.....343	<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan</i>.....230	CAREONE ULTRA THIN LANCET.....548, 634
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>.....122	<i>calcium-magnesium-vit d3-boron</i>.....230	CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE.....504, 634
<i>butalbital-acetaminophen</i>....120	<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i> 230	CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE.....504, 634
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>.....120	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....131, 137	CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE.....504, 634
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>....118	CALTRATE 600 PLUS D....249	CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL.....504, 634
<i>butorphanol</i>.....121	CALTRATE-D3 PLUS MINERALS.....230	CAREPOINT PRECISION NEEDLE.....504, 634
BUTTERFLY TOUCH LANCET.....547, 633	Camila.....148	CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE.....504, 634
<i>butylated hydroxytoluene</i>....602	CAMRESE.....160	CARESENS CONTROL A AND B.....548, 634
BYDUREON BCISE.....384	CAMRESE LO.....160	CARESENS LANCETS.....548, 634
BYETTA.....385	CAMZYOS.....183	CARESENS N.....548, 634
BYLVAY.....93	<i>candesartan</i>.....171	CARESENS N FELIZ BT GLUC METER.....548, 634
<i>cabergoline</i>.....399	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>.....183	CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER.....548, 634
CABLIVI.....200	CANDICIDAL.....733	CARESENS N TEST STRIPS.....582, 634
CABOMETYX.....144	<i>cantharidin in acetone</i>.....424	CARESENS N VOICE.548, 635
<i>cabotegravir</i>.....18	CANTHARIS	CARESOFT LANCING DEVICE.....548, 635
CABTREO.....482	COMPOSITUM.....295	CARESTART COVID-19 AG HOME TST.....494, 635
CADEAU DHA.....220	<i>capecitabine</i>.....133	CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3.....548, 635
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT.....579	CAPEX.....446	CARETOUCH GLUCOSE MONITORING.....548, 635
<i>caffeine</i>.....353	CAPHOSOL.....292	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....524, 525, 635
<i>caffeine citrate</i>.....353	CAPLYTA.....335	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc</i>.....230	CAPRELSA.....137	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan</i>.....230	CAPSFENAC PAK.....474	
<i>calcipotriene</i>.....428	CAPSINAC.....475	
<i>calcipotriene-betamethasone</i>.....470	CAPSUBLEND-H.....603	
<i>calcitonin (salmon)</i>.....391	CAPSULE #1.....604	
<i>calcitriol</i>.....218, 429, 751	CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE).....603	
<i>calcium 26-vit d3-magnesium 15</i>.....230	<i>captopril</i>.....195	
<i>calcium acetate</i>.....229		

CARETOUCH KETONE- GLUCOSE MONIT 578, 635	<i>cellulose (bulk)</i>.....603	CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER..... 468
CARETOUCH LANCING DEVICE..... 548, 635	CEM-UREA..... 424	<i>cetirizine</i> 75, 88
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE..... 504, 635	CENTANY AT.....434	<i>cetorelix</i>.....403
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE.....505, 635	CENTRUM.....251, 262	<i>cevimeline</i>.....291
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE..... 505, 636	CENTRUM ADULT 50 PLUS.....261	Charlotte 24 Fe..... 150
CARETOUCH PEN NEEDLE..... 525, 636	CENTRUM ADULTS..... 261	Chateal (28)..... 150
CARETOUCH SAFETY LANCETS.....548, 636	CENTRUM CHEWABLES... 261	Chateal Eq (28)..... 150
CARETOUCH TEST STRIP.....582, 636	CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS.....261	CHEMET..... 163
CARETOUCH TWIST LANCET..... 548, 636	CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS..... 261	CHEMSTRIP BG LOG BOOK..... 548, 636
<i>carglumic acid</i>.....752	CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS.....262	CHENODAL.....32
<i>carisoprodol</i>.....613	CENTRUM SILVER.....262	CHEST RUB (WITH PINE OIL).....472
<i>carisoprodol-aspirin</i>.....612	CENTRUM WOMEN.....251	CHILDREN'S ASPIRIN 110, 208
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i> 612	CENTURY.....251	CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC.....57
CARNITEX..... 241	CENTURY MATURE.....262	CHILDRENS FIBER GUMMY BEAR.....44
CARNITOR (SUGAR-FREE) .....754	<i>cephalexin</i> 19	CHILDREN'S MULTIVIT (W LUTEIN).....274
CAROTENALL.....730	CEQUA.....764	CHILDREN'S MULTIVITAMIN..... 232, 275
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS..... 420, 636	CEQUR SIMPLICITY...574, 636	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY.... 275
<i>carteolol</i>.....760	CEQUR SIMPLICITY INSERTER..... 548, 636	CHILDREN'S PROBIOTIC.... 57
Cartia Xt.....181	CERACADE.....457	CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN)..... 358
<i>carvedilol</i> 182	CERAMAX.....457	CHLOHUX.....440
<i>carvedilol phosphate</i>.....183	<i>ceramides 1,3,6-ii</i>.....468	CHLOOXIA.....440
CAYA CONTOURED...492, 636	CERASPORT ENDURANCE.....247	<i>chlordiazepoxide hcl</i>....336, 354
CAYSTON..... 85	CERASPORT EX1..... 247	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>.....35, 36, 336
Caziant (28)..... 157	CERASPORT PLUS.....247	<i>chlorhexidine gluconate</i>.....293
<i>cefaclor</i> 19	CERAVE.....468	<i>chloroquine phosphate</i> 13
<i>cefadroxil</i> 19	CERAVE AM.....461	<i>chlorpromazine</i>.....334
CEFALY.....489, 636	CERAVE DAILY MOISTURIZING..... 468	<i>chlorthalidone</i> 185
<i>cefdinir</i> 19	CERAVE FOAMING FACIAL.....468	<i>chlorzoxazone</i> 613
<i>cefixime</i> 19	CERAVE PM..... 468	CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL..... 548, 637
<i>cefprozoxime</i> 20	CERAVE SA.....468	CHOICEDM CLARUS.....548, 582, 637
<i>cefprozil</i> 19	CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE).....468	CHOLBAM.....36
<i>cefuroxime axetil</i>.....19	CERDELGA.....753	CHOLECAL DF..... 243
CELACYN.....457, 600	CERTAVITE SENIOR.....262	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i> .....218, 219
CELEBRATE B-12 QUICK- MELT.....272	CERTAVITE-ANTIOXIDANT.....251	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .170
<i>celecoxib</i>.....109	CERVIDIL.....391	Cholestyramine Light..... 170
CELLPAD..... 600, 636	CETACAINE.....478	<i>cholestyramine-aspartame</i> .. 170
CELLTRION DIATRUST	CETACAINE ANESTHETIC 478	
COV-19 HOME.....494, 636	CETAPHIL DAILY FACIAL CLEANSER.....468	

<i>choline,magnesium salicylate</i>	118	<i>citric acid anhydrous (bulk)</i>	604, 605	CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT.....	594, 638
<i>chorionic gonadotropin, human</i>	396	<i>citric-sod citrat-sod phos-dex</i>	213	CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD.....	594, 638
CHOSEN LANCET.....	548, 637	CITRUS BERGAMOT.....	733	CLEVER CHOICE NEBULIZER.....	594, 638
CHOSEN LANCING DEVICE.....	548, 637	CLAIRVEE.....	58	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER.....	580, 638
CHOSEN SAFETY LANCET.....	548, 637	Claravis.....	487	CLEVER CHOICE PRO.....	549, 582, 638
<i>chromium picolinate</i>	251	CLARINEX-D 12 HOUR.....	74	CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS.....	549, 638
CIBINQO.....	422	<i>clarithromycin</i>	11	CLEVER CHOICE TALK TEST.....	582, 638
CICASIL.....	600, 637	CLEANSING EYELID MOIST PADS.....	467	CLEVER CHOICE TEST STRIPS.....	582, 638
CICATRACE PAD.....	600, 637	CLEANSING EYELID WIPES EXT STR.....	467	CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST.....	582, 638
CICLODAN KIT.....	477	CLEANSING WASH....	463, 480	CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED..	594, 638
<i>ciclopirox</i>	477	CLEAR FIBER.....	44	CLICKFINE PEN NEEDLE.....	525, 638
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc</i>	477	CLEARSHIELD SODIUM CHLOR FLUSH.....	246	CLIMARA PRO.....	387
<i>cilostazol</i>	208	<i>clemastine</i>	74, 75, 80	CLINDACIN ETZ.....	479
CILOXAN.....	755	CLENIA PLUS.....	480	CLINDACIN PAC.....	479
CIMDUO.....	16	CLENPIQ.....	48	<i>clindamycin hcl</i>	24
<i>cimetidine</i>	39	CLEOCIN.....	608	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	24
<i>cimetidine hcl</i>	39	CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE.....	548, 637	Clindamycin Pediatric.....	24
CIMZIA.....	51, 95, 125	CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST.....	549, 637	<i>clindamycin phosphate</i>	473, 608
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....	51, 95, 125	CLEVER CHEK LANCETS.....	549, 637	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	480
CIMZIA STARTER KIT.....	51, 95, 125	CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS.....	549, 637	<i>clindamycin-tretinoin</i>	482
<i>cinacalcet</i>	388, 389	CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK.....	594, 637	CLINDESSE.....	609
<i>cinnamon bark extract</i>	733	CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK.....	594, 637	CLINITEST COVID-19 HOME TEST.....	495, 638
CINRYZE.....	200	CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK.....	594, 637	CLINPRO 5000.....	293
CIPRO.....	5	CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR.....	549, 637	<i>clobazam</i>	336, 338
CIPRO HC.....	606	CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL.....	549, 637	<i>clobetasol</i>	446
<i>ciprofloxacin</i>	5	CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL.....	549, 637	<i>clobetasol-emollient</i>	446
<i>ciprofloxacin hcl</i>	5, 606, 755	CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL.....	549, 638	<i>clocortolone pivalate</i>	446
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	606	CLEVER CHOICE MICRO.....	549, 638	CLODAN KIT.....	416
<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>	606	CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP.....	582, 638	CLOFENAX.....	427
<i>citalopram</i>	355			Clomid.....	399
CITRANATAL (DUAL-IRON).....	220			<i>clomiphene citrate</i>	399
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL).....	220			<i>clomipramine</i>	341
CITRANATAL ASSURE.....	220			<i>clonazepam</i>	336, 338, 354
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL).....	220			<i>clonidine</i>	168
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM).....	220			<i>clonidine hcl</i>	168, 343
CITRANATAL MEDLEY.....	262			<i>clopidogrel</i>	207
CITRATABS.....	743				

<i>clorazepate dipotassium</i>	COMPACT SPACE	CONTOUR NEXT TEST
..... 336, 354	CHAMBER-LRG MASK	STRIPS.....582, 641
<i>clotrimazole</i> 291, 470	.....594, 640	CONTOUR PLUS BLUE
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 436	COMPACT SPACE	METER.....550, 641
<i>clozapine</i> 332	CHAMBER-MED MASK	CONTOUR PLUS TEST
C-NATE DHA.....221	.....595, 640	STRIP.....582, 641
COAGADEX..... 214	COMPACT SPACE	CONTOUR TEST STRIPS
COAGUCHEK LANCETS	CHAMBER-SM MASK .595, 640	.....582, 641
.....549, 638	COMP-AIR NEBULIZER	COPAXONE..... 409
COAGUCHEK XS.....592, 638	COMPRESSOR.....595, 640	COPIKTRA..... 136, 142
<i>coal tar</i>.....460	COMPLERA..... 25	COQMAX OMEGA..... 186
COARTEM.....22	COMPLETE BALANCE	CORDRAN..... 447
<i>cocaine</i> 72	MENOPAUSE RLF.....356	CORDRAN TAPE LARGE
<i>codeine sulfate</i> 98	COMPLETE LIVER	ROLL..... 447
<i>codeine-butalbital-asa-caff.</i> 122	CLEANSE.....217	CORDX COVID-19 AG
<i>codeine-guaifenesin</i> 82	COMPLETE MV ADULT 50	HOME TEST.....495, 641
CODITUSSIN AC..... 82	PLUS..... 262	CORIFACT..... 215
CODITUSSIN DAC.....82	COMPLETE NATAL DHA...221	CORLANOR..... 191
<i>colchicine</i>.....737	COMPLETENATE..... 221	CORTANE-B..... 606
<i>colesevelam</i>.....170	Compro.....33	CORTIFOAM..... 56
<i>colestipol</i>.....170	CONCEPTION.....589, 640	CORTISOLV.....733
COLLATYL..... 420	CONJUPRI..... 181	<i>cortisone</i>.....394
COLOR LANCETS..... 549, 638	CONSENSI.....180	CORTISPORIN-TC.....606
COMBIPATCH.....387	Constulose.....71	CORTROPHIN GEL..... 376
COMBIVENT RESPIMAT.....91	CONTOUR CONTROL	COSAMIN AVOCA (WITH
COMETRIQ..... 144	SOLUTION, HIGH..... 549, 640	BOSWELLIA).....726
COMFORT EZ INSULIN	CONTOUR CONTROL	COSENTYX.....416
SYRINGE..... 525, 639	SOLUTION, LOW..... 549, 640	COSENTYX (2 SYRINGES) 416
COMFORT EZ LANCETS	CONTOUR CONTROL	COSENTYX PEN..... 416
.....549, 639	SOLUTION, NML.....550, 640	COSENTYX PEN (2 PENS) 416
COMFORT EZ PEN	CONTOUR METER....550, 640	COSENTYX UNOREADY
NEEDLES.....525, 639	CONTOUR NEXT EZ	PEN..... 417
COMFORT EZ PRO	METER..... 550, 640	COTELLIC..... 139
SAFETY PEN NDL.....525, 639	CONTOUR NEXT GEN	COTEMPLA XR-ODT ..344, 345
COMFORT TOUCH PEN	METER..... 550, 640	COVARYX..... 388
NEEDLE..... 526, 639	CONTOUR NEXT	COVARYX H.S..... 388
COMFORT TOUCH PLUS	GLUCOSE METER..... 550, 641	COVID-19 AT-HOME TEST
SAFETY LANC..... 549, 639	CONTOUR NEXT LEV 1	.....495, 641
COMFORT TOUCH ULT	CONTROL SOL.....550, 641	<i>covid19 test adm.by</i>
THIN LANCETS.....549, 639	CONTOUR NEXT LEV 2	<i>pharmacist</i> 495, 641
COMFORTSEAL LARGE	CONTROL SOL.....550, 641	COXANTO..... 111
MASK..... 594, 640	CONTOUR NEXT LINK	CRALONIN..... 295
COMFORTSEAL MEDIUM	.....550, 641	<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>
MASK..... 594, 640	CONTOUR NEXT LINK 2.4	.....733
COMFORTSEAL SMALL	.....550, 641	<i>cranberry extract</i>.....733
MASK..... 594, 640	CONTOUR NEXT METER	<i>cranberry fruit</i> 733
COMIRNATY 2023-24 (12Y	.....550, 641	<i>cranberry fruit concentrate</i> ...733
UP)(PF)..... 286	CONTOUR NEXT ONE	CRANBERRY URINARY
COMPACT SPACE	METER..... 550, 641	TRACT HEALTH..... 733
CHAMBER.....594, 640		CRANRX..... 733

CREON.....	55	CULTURELLE PROBIOTIC-		CYCLOSET.....	382
CRESEMBA.....	12	MULTIVIT.....	262	<i>cyclosporine</i>	115, 300
CRINONE.....	405, 609	CULTURELLE PROBIOTIC-		CYCLOSPORINE IN	
<i>cromolyn</i>	87, 134, 768	PREBIOTIC.....	59	KLARITY.....	764
Crotan.....	412	CULTURELLE TOTAL		<i>cyclosporine modified</i> ..	115, 300
CRYODOSE TA MEDIUM		BALANCE.....	59	CYCLOTENS REFILL.....	613
STREAM SPR.....	439	CULTURELLE WOMEN'S		CYCLOTENS STARTER.....	613
CRYODOSE TA MIST		WELLNESS.....	59	CYLTEZO(CF).....	51, 96, 126
SPRAY.....	439	CUPRIMINE.....	119, 163	CYLTEZO(CF) PEN	51, 96, 126
CRYOSERV.....	605	CURAD XEROFORM		CYLTEZO(CF) PEN	
Cryselle (28).....	151	PETROLATM DRESS.....	576, 641	CROHN'S-UC-HS....	51, 95, 125
CUE COVID-19 HOME		CURAFIL GEL WOUND		CYLTEZO(CF) PEN	
TEST.....	495, 641	.....	420, 641	PSORIASIS-UV.....	51, 95, 126
CULTURELLE.....	59	<i>curcumin-</i>		<i>cyproheptadine</i>	75, 81
CULTURELLE ABDOMINAL		<i>phosphatidylcholine</i>	733	Cyred.....	151
SUPP-CMFT.....	58	CURCUPLEX-95.....	733	Cyred Eq.....	151
CULTURELLE ADVANCED		CURITY AMD.....	602, 642	CYSTADROPS.....	771
REGULARITY.....	58	CURITY AMD (WITH		CYSTAGON.....	742
CULTURELLE BABY		POLYHEXAMETH).....	421, 642	CYSTARAN.....	771
DIGESTIVE CALM.....	58	CURITY DRAINAGE BAG		D3-2000.....	219
CULTURELLE BABY		.....	490, 642	<i>dabigatran etexilate</i>	207
HEALTH DEVELOP.....	58	CURITY IODOFORM		DAILY FIBER.....	44
CULTURELLE BABY		PACKING STRIP.....	576, 642	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
PROBIOTIC-DHA.....	58	CUROSURF.....	88	ASPART).....	44
CULTURELLE DIGESTIVE		CUTAQUIG.....	282	DAILY FIBER (PSYLLIUM-	
HEALTH.....	58	CUTTER ALL FAMILY.....	462	SUCROSE).....	44
CULTURELLE GUMMY.....	58	CUTTER BACKWOODS		DAILY GUMMIES.....	262
CULTURELLE IMMUNE		DRY.....	462	DAILY PROBIOTIC (4	
DEFENSE.....	58	CUTTER SKINSATIONS.....	462	STRAINS).....	60
CULTURELLE KIDS 4 IN 1		CUVITRU.....	282	DAILY PROBIOTIC (S.	
IMMUNE.....	58	CUVRIOR.....	163	BOULARDII).....	60
CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>		DAILY-VITE (WITH FOLIC	
GROW-THRIVE.....	58	12).....	234, 235	ACID).....	251
CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>		DAIRY RELIEF.....	39
GUMMY.....	59	<i>cobamamide</i>	235	<i>dalfampridine</i>	407
CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>		<i>danazol</i>	406
IMMUNE DEFENSE.....	59	<i>methylcobalamin</i>	235, 273	<i>dandelion root</i>	734
CULTURELLE KIDS		CYCLINEX-2.....	247	DANDLELION KISSES.....	238
PROBIO-FIBER.....	59	<i>cyclobenzaprine</i>	613	<i>dantrolene</i>	613
CULTURELLE KIDS		CYCLOMYDRIL.....	757	<i>dapsone</i>	13, 473, 474
PROBIOTIC-MV.....	275	CYCLOPAK.....	612	<i>darifenacin</i>	744
CULTURELLE KIDS		<i>cyclopentolate</i>	761	DARIO BLOOD GLUCOSE	
PROBIOTICS.....	59	<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>		MONITOR.....	550, 642
CULTURELLE KIDS PRO-		<i>watr</i>	757	DARIO BLOOD GLUCOSE	
MV-LUTEIN.....	275	<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>		TEST STRIP.....	582, 642
CULTURELLE		<i>wat</i>	757	DARTISLA.....	34
METABOLISM-WT MGMT....	59	<i>cyclophosphamide</i>	115, 131	<i>darunavir</i>	23
CULTURELLE PRENATAL		<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>		Dasetta 1/35 (28).....	151
PROBIOTIC.....	59	<i>wat</i>	757	Dasetta 7/7/7 (28).....	157
		<i>cycloserine</i>	20	DAURISMO.....	142

DAVIMET WITH FLUORIDE 233	DERMACINRX FOLTREXYL 244	DERPIXA..... 461
DAVIMET-M..... 251	DERMACINRX LACTEROL.. 60	DESCOVY..... 16
DAVOL IRRIGATION SYRINGE..... 505, 642	DERMACINRX LEXITRAL.. 475	<i>desflurane</i> 128
DAVOL PISTON IRRIGATION..... 505, 642	Dermacinrx Lidocan..... 431	<i>desipramine</i> 341
DAYAVITE..... 262	DERMACINRX LIDOGEL... 431	<i>desloratadine</i> 75, 76, 88
DAYBUE..... 738	DERMACINRX LIDOREX... 431	<i>desmopressin</i> 385, 386
Daysee..... 160	DERMACINRX MULTITAM. 263	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 161
DAYVIGO..... 336	DERMACINRX PHN PAK... 467	<i>desonide</i> 447
DAZAVEIDAOXIA..... 463	DERMACINRX PRENATRIX 221	<i>desoximetasone</i> 447, 448
DAZOMON..... 463	DERMACINRX PRENATRYL..... 221	<i>desvenlafaxine</i> 339
DEBACTEROL..... 292	DERMACINRX PRETRATE 221	<i>desvenlafaxine succinate</i> ... 339
Deblitane..... 148	DERMACINRX PROBINATE. 60	DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER..... 497, 642
DECARA K..... 273	DERMACINRX PROBISOL... 60	DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR..... 595, 642
<i>deferasirox</i> 163	DERMACINRX PROBITRAN 60	DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR..... 595, 642
<i>deferiprone</i> 163	DERMACINRX PROBITROL. 60	DEVILBISS PULMONEB LT COMP-NEB..... 595, 642
<i>deferoxamine</i> 163	DERMACINRX PROMEROL. 60	DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR..... 595, 642
<i>deflazacort</i> 394	DERMACINRX PUREFOLTIN..... 244	Dexabliss..... 394
DELSTRIGO..... 25	DERMACINRX RIBOTIN-E. 263	<i>dexamethasone</i> 394
DELUO..... 418, 607	DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK..... 417	DEXAMETHASONE INTENSOL..... 394
<i>demeclocycline</i> 6	DERMACINRX THERAZOLE PAK..... 436	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> 762
DEMEROL (PF)..... 98	DERMACINRX VENEXA.... 263	<i>dexchlorpheniramine maleate</i> 72, 75
DENOVO PLUS B12..... 272	DERMACINRX VENEXA FE 263	DEXCOM G6 RECEIVER 550, 643
DENTA 5000 PLUS..... 293	DERMACINRX VENTRIXYL 263	DEXCOM G6 SENSOR 550, 643
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE..... 293	DERMACINRX VENTRIXYL FE..... 263	DEXCOM G6 TRANSMITTER..... 551, 643
DENTAGEL..... 293	DERMACINRX VITRAMYN. 263	DEXCOM G7 RECEIVER 551, 643
DEOXIA..... 474, 479	DERMACINRX VITRANOL. 263	DEXCOM G7 SENSOR 551, 643
DEOXIADEMTAR..... 482	DERMACINRX VITRANOL FE..... 263	DEXERYL..... 457
DEOXIATAR..... 482	DERMACINRX VITREXATE 263	<i>dexlansoprazole</i> 40
DEOXIAVAR..... 483	DERMACINRX VITREXATE FE..... 263	<i>dexmethylphenidate</i> 345
DEPO-ESTRADIOL..... 392	DERMACINRX ZINTREXYL- C..... 264	DEXONTO..... 394
DEPO-SUBQ PROVERA 104..... 161	DERMACINRX ZRM PAK... 467	DEXTENZA..... 762
DERMACINRX CLORHEXACIN..... 417	DERMALID..... 431	<i>dextroamphetamine sulfate</i> 308, 309, 329, 345, 346
DERMACINRX DAVIMET... 251	DERMASO PLUS..... 457	<i>dextroamphetamine- amphetamine</i> 309, 346, 351
DERMACINRX DEXATRAN 262	DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK..... 417	DHEA..... 729
DERMACINRX DOTREMIN 243	DERMAZENE..... 436	DIABETIC MULTIVITAMIN.. 264
DERMACINRX FOLDITAM. 244	DERMELLE..... 461	
DERMACINRX FOLIFLEX.. 262	DERM-SILK..... 600, 642	
DERMACINRX FOLITIN-Z.. 263	DERMULCERA..... 417	
DERMACINRX FOLIXAPURE..... 244		
DERMACINRX FOLIXATE.. 244		
DERMACINRX FOLTAMIN. 244		

DIACOMIT.....	323	<i>dicloxacillin</i>	25	DM2.....	380
DIADIMAXIA.....	479	<i>dicyclomine</i>	34	DMT SUIK.....	394
DIAOXIA.....	479	<i>didanosine</i>	17	Dodex.....	235
DIAPERS, UNISEX SIZE 1		DIFFERIN.....	486	<i>dofetilide</i>	171
.....	493, 643	DIFICID.....	11	DOJOLVI.....	255
DIAPERS, UNISEX SIZE 2		<i>diflorasone</i>	448	Dolishale.....	151
.....	493, 643	<i>diflunisal</i>	110	DOLOTRANZ.....	478
DIAPERS, UNISEX SIZE 3		<i>difluprednate</i>	762	<i>donepezil</i>	739
.....	494, 643	DIFMETIOXRIME.....	436	DONNATAL.....	36
DIAPERS, UNISEX SIZE 4		DIGEST ADV PROBIO		DOPTELET (10 TAB PACK).....	200
.....	494, 643	PLUS GAS.....	60	DOPTELET (15 TAB PACK).....	201
DIAPERS, UNISEX SIZE 5		DIGEST PROBIOTIC		DOPTELET (30 TAB PACK).....	201
.....	494, 643	(S.BOULARDII).....	60	DORYX.....	6
DIAPERS, UNISEX SIZE 6		DIGESTIVE ADVANTAGE		DORYX MPC.....	6
.....	494, 643	IMMUNE.....	60	<i>dorzolamide</i>	769
DIASAXIATAR.....	483	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>dorzolamide (pf)</i>	769
DIASDIMAXIA.....	479, 480	INTENS BOW.....	60	<i>dorzolamide-timolol</i>	767
DIASOXIA.....	480	DIGESTIVE ADVANTAGE		<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	767
DIATROL.....	264	KID PROBIO.....	60	DOSOKAP.....	273
DIATRUE CONTROL SOLN		DIGESTIVE ADVANTAGE		Dotti.....	392
NORMAL.....	551, 643	LACTOS SUP.....	61	DOVATO.....	15
DIATRUE CONTROL		DIGESTIVE ADVANTAGE		DOVER BULB SYRINGE	
SOLUTION HIGH.....	551, 643	PROBIOTIC.....	61	.....	505, 644
DIATRUE CONTROL		DIGESTIVE PROBIOTIC.....	61	DOVER COATED LATEX	
SOLUTION LOW.....	551, 644	DIGESTIVE SUPPORT.....	734	FOLEY.....	518, 644
DIATRUE PLUS BLOOD		Digitek.....	166	DOVER FOLEY CATHETER	
GLUCOSE MET.....	551, 644	<i>digoxin</i>	166	.....	518, 644
DIATRUE PLUS TEST		<i>dihydroergotamine</i>	368, 369	DOVER LATEX FOLEY	
STRIP.....	582, 644	DILANTIN.....	322	CATHETER.....	518, 644
<i>diazepam</i>	336, 337, 338, 354	DILAUDID (PF).....	98	DOVER RED RUBBER	
Diazepam Intensol.....	336, 354	<i>diltiazem hcl</i>	181	ROBINSON CATH.....	519, 644
<i>diazoxide</i>	375	DILT-XR.....	181	DOVER UNIVERSAL..	519, 644
<i>dichlorphenamide</i>	169, 611	DILUENT FOR ROTARIX....	244	<i>doxazosin</i>	196
DICLAREAL.....	475	DILUTING MEDIUM FOR		<i>doxepin</i>	341, 362, 414
<i>diclofenac epolamine</i>	427	NOVOLOG.....	245	<i>doxercalciferol</i>	751
<i>diclofenac potassium</i>		DIMENTHO.....	475	<i>doxycycline hyclate</i> ..	6, 7, 8, 295
.....	110, 111, 114, 331	<i>dimethyl fumarate</i>	409	<i>doxycycline monohydrate</i>	
<i>diclofenac sodium</i>		DIMOXIA.....	418	.....	8, 9, 469
.....	111, 427, 434, 759	DIOCHLOY.....	440	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>	
<i>diclofenac submicronized</i>	111	DIOOXIA.....	429	<i>b6)</i>	55
<i>diclofenac-misoprostol</i>	108	DIOVASC.....	243	D-PENAMINE.....	119, 163
DICLOFEX DC.....	475	DIPENTUM.....	30	DRAMAMINE GINGER.....	734
DICLOFONO.....	427	Diphen.....	75, 80	DRAMAMINE NON-	
DICLOHEAL-60.....	475	<i>diphenoxylate-atropine</i>	37, 38	DROWSY.....	734
DICLOPR.....	475	<i>dipyridamole</i>	209	DRAXACE.....	480
DICLOSAICIN.....	475	<i>disopyramide phosphate</i>	186	DRAXACEY.....	480
DICLOTRAL.....	475	<i>disulfiram</i>	298	DRITHOCREME HP.....	429
DICLOTREX.....	475	DITHOL.....	475	DRIXECE.....	480
DICLOTREX II.....	475	DIURIL.....	186	DRIZALMA SPRINKLE.....	302, 339
DICLOVIX.....	435	<i>divalproex</i>	307, 328, 369	<i>dronabinol</i>	34, 312, 750

DROPLET GENTEEL	DUREX TROPICAL	EASY PLUS II BLOOD
LANCING DEVICE..... 551, 644	CONDOM..... 491, 645	GLUCOSE MET 551, 647
DROPLET INSULIN	DURLAZA..... 110, 208	EASY PLUS II HIGH
SYR(HALF UNIT)..... 526, 644	DUROLANE..... 614	CONTROL..... 551, 647
DROPLET INSULIN	<i>dutasteride</i> 741	EASY PLUS II LOW
SYRINGE..... 526, 644	<i>dutasteride-tamsulosin</i> 741	CONTROL..... 551, 647
DROPLET LANCETS.. 551, 644	DUZALLO..... 738	EASY PLUS II TEST... 582, 647
DROPLET LANCING	D-VI-SOL..... 219	EASY STEP..... 582, 648
DEVICE..... 551, 645	DYANAVEL XR... 346, 351, 352	EASY STEP BLOOD
DROPLET MICRON PEN	DYNAFOAM AG..... 421	GLUCOSE METER..... 551, 647
NEEDLE..... 526, 645	DYNAGINATE AG..... 421	EASY STEP HIGH
DROPLET PEN NEEDLE	E.E.S. 400..... 11	CONTROL SOLN..... 552, 648
..... 526, 645	EAA UCD..... 247	EASY STEP LOW
DROPSAFE INSULIN	EAR POPPER INFLATION	CONTROL SOLUTION 552, 648
SYRINGE..... 526, 527, 645	DEVICE..... 579, 645	EASY STEP NORMAL
DROPSAFE PEN NEEDLE	EASIVENT HOLDING	CONTROL SOLN..... 552, 648
..... 527, 645	CHAMBER..... 595, 646	EASY TALK BLOOD
DROPSAFE SICURA	EASIVENT MASK LARGE	GLUCOSE METER..... 552, 648
SAFETY NEEDLE..... 505, 645	..... 595, 646	EASY TALK GLUCOSE
<i>drospirenone-e.estradiol-</i>	EASIVENT MASK MEDIUM	TEST..... 582, 648
<i>lm.fa</i> 151	..... 595, 646	EASY TALK HIGH
<i>drospirenone-ethinyl</i>	EASIVENT MASK SMALL	CONTROL..... 552, 648
<i>estradiol</i> 151	..... 595, 646	EASY TALK LOW
DROXIA..... 215	EASY COMFORT INSULIN	CONTROL..... 552, 648
<i>droxidopa</i> 197	SYRINGE..... 527, 646	EASY TALK PLUS II HIGH
DRY SKIN THERAPY(WITH	EASY COMFORT	CONTROL..... 552, 648
LANOLIN)..... 457	LANCETS..... 551, 646	EASY TALK PLUS II LOW
DRY SKIN THERAPY(W-	EASY COMFORT PEN	CONTROL..... 552, 648
PETROLATUM)..... 458	NEEDLES..... 527, 646	EASY TALK PLUS II TEST
DRYSOL..... 435	EASY COMFORT SAFETY	STRIP..... 582, 648
DRYSOL DAB-O-MATIC..... 435	PEN NEEDLE..... 527, 646	EASY TOUCH
DSUVIA..... 98	EASY FIBER..... 44	..... 508, 528, 651, 652
DUAKLIR PRESSAIR..... 91	EASY FIBER (WHEAT	EASY TOUCH BLU CTRL
DUAVEE..... 405	DEXTRIN)..... 44	SOLN-L1,L3..... 552, 648
DUET DHA WITH OMEGA-3	EASY GLIDE CATHETER	EASY TOUCH BLULINK
..... 221	TIP SYRING..... 505, 646	GLUC SYST..... 552, 648
DULERA..... 92	EASY GLIDE DENTAL	EASY TOUCH BLULINK
<i>duloxetine</i> 302, 339	IRRIG SYRING..... 505, 646	TEST STRIP..... 583, 648
DULOXICAIN..... 302, 303, 339	EASY GLIDE INSULIN	EASY TOUCH FLIPLOCK
DUOBRII..... 415	SYRINGE..... 527, 647	INSULIN..... 528, 648
DUODOTE..... 165	EASY GLIDE LUER LOCK	EASY TOUCH FLIPLOCK
DUOPA..... 359	SYRINGE..... 505, 506, 647	NEEDLE..... 506, 649
DUPIXENT PEN..... 89, 412	EASY GLIDE LUER SLIP	EASY TOUCH FLIPLOCK
DUPIXENT SYRINGE... 89, 412	TB SYRING..... 506, 647	SYRINGE..... 506, 649
DUREX AIR CONDOM 491, 645	EASY GLIDE PEN NEEDLE	EASY TOUCH FLURINGE
DUREX AVANTI BARE	..... 527, 647	..... 507, 649
REAL FEEL..... 491, 645	EASY MINI EJECT	EASY TOUCH FLURINGE
DUREX EXTRA SENSITIVE	LANCING DEVICE..... 551, 647	FLIPLOCK..... 506, 649
CONDOM..... 491, 645	EASY NEB COMPRESSOR	EASY TOUCH FLURINGE
	NEBULIZER..... 595, 647	SHEATHLOCK..... 507, 649

EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR.....	552, 650	EASY TRAK HIGH CONTROL.....	553, 653	EDURANT.....	3
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL.....	552, 650	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR.....	553, 653	EEMT.....	388
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE.....	507, 650	EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL.....	553, 653	EEMT HS.....	388
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	528, 650	EASY TRAK II TEST STRIP.....	583, 653	<i>efavirenz</i>	3
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	528, 650	EASY TRAK LOW CONTROL.....	553, 653	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	25
EASY TOUCH LANCETS.....	552, 650	EASY TWIST AND CAP LANCETS.....	553, 653	<i>disop</i>	25
EASY TOUCH LANCING DEVICE.....	552, 650	EASY-C IMMUNE HEALTH LANCETS.....	553, 653	EFFER-K.....	250
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	528, 650	EASYGLUCO METER.....	553, 653	EGATEN.....	1
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE.....	507, 650, 651	EASYGLUCO MONITORING SYSTEM.....	553, 653	EGRIFTA SV.....	404
EASY TOUCH PEN NEEDLE.....	528, 651	EASYGLUCO TEST... ..	583, 653	<i>elderberry fruit</i>	734
EASY TOUCH SAFETY LANCETS.....	552, 651	EASYMAX.....	583, 653	ELDERTONIC.....	254
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	529, 651	EASYMAX 15 LEVEL 2.....	553, 653	<i>electrolytes-dextrose</i>	247
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN.....	529, 651	EASYMAX 15 TEST STRIPS.....	583, 653	ELEMAR.....	478
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL.....	507, 651, 652	EASYMAX NG.....	553, 653	ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER.....	553, 654
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE.....	508, 652	EASYMAX NORMAL CONTROL.....	553, 653	ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL.....	554, 654
EASY TOUCH TEST STRIP.....	583, 652	EASYMAX T1.....	553, 654	ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL... ..	554, 654
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK.....	508, 652	EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS.....	553, 654	ELEMENT COMPACT TEST STRIPS.....	583, 654
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK.....	508, 652	EASYPOINT NEEDLE.....	508, 654	ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR.....	554, 654
EASY TOUCH TWIST LANCETS.....	553, 652	EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER.....	553, 654	ELEMENT HIGH CONTROL.....	554, 654
EASY TOUCH UNI-SLIP.....	508, 529, 652, 653	EBASE CONTROLLER.....	595, 654	ELEMENT LOW CONTROL.....	554, 654
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER.....	553, 653	ECEOXIA.....	474	ELEMENT NORMAL CONTROL.....	554, 654
EASY TRAK GLUCOSE TEST.....	583, 653	<i>echinacea</i>	734	ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT.....	554, 655
		<i>echinacea purp aerial part ext</i>	734	ELEMENT TEST STRIPS.....	583, 655
		ECLIPSE NEEDLE.....	508, 654	ELEPSIA XR.....	352
		ECLIPSE SYRINGE... ..	508, 654	ELESTRIN.....	392
		EC-NAPROXEN.....	111	<i>eletriptan</i>	366
		<i>econazole</i>	470	ELIGARD.....	145
		ECONTRA EZ.....	146, 148	ELIGARD (3 MONTH).....	145
		ECONTRA ONE-STEP.....	146, 148	ELIGARD (4 MONTH).....	145
		ECOTRIN.....	110, 209	ELIGARD (6 MONTH).....	145
		ECOZA.....	470	Elinest.....	151
		EDARBI.....	171	ELIQUIS.....	209
		EDARBYCLOR.....	183	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	209
		EDLUAR.....	330	ELITE-OB.....	264
		ED-SPAZ.....	38, 744	Elixophyllin.....	90
				ELLA.....	146, 148

ELLUME COVID-19 HOME TEST.....	495, 655	EMCYT.....	145	ENTTY.....	458
ELLURA.....	734	EMEND.....	33	ENTYVIO PEN.....	30
ELLZIA PAK.....	442	EMERGEN-C		Enulose.....	29
ELMIRON.....	741	ELDERBERRY.....	242	ENVARBUS XR.....	300
ELOCTATE.....	210	EMFLAZA.....	394	ENVIVE.....	61
Eluryng.....	147	EMGALITY PEN.....	369	ENZNONUTY.....	478
ELYXYB.....	331	EMGALITY SYRINGE.....	312, 369	EOHILIA.....	394
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM.....	554, 583, 655	EMPAVELI.....	213	EPCLUSA.....	14
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT.....	554, 655	EMSAM.....	343	EPICERAM.....	458
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR.....	554, 655	<i>emtricitabine</i>	17	EPICYN.....	418
EMBRACE EVO LEVEL 1.....	554, 655	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	16	EPIDIOLEX.....	322
EMBRACE EVO TEST STRIPS.....	583, 655	EMTRIVA.....	17	EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE.....	415
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH.....	554, 655	EMULSION SB.....	458	EPIFOAM.....	466
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW.....	554, 655	EMVERM.....	1	<i>epinastine</i>	762
EMBRACE LANCETS.....	554, 655	Emzahn.....	148	<i>epinephrine</i>	89, 196
EMBRACE LANCING DEVICE.....	554, 655	<i>enalapril maleate</i>	195	<i>epinephrine hcl</i>	83
EMBRACE PEN NEEDLE.....	529, 655	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	193	Epitol.....	307, 319
EMBRACE PRO.....	554, 655	ENBRACE HR.....	251	<i>eplerenone</i>	185, 194
EMBRACE PRO GLUCOSE METER.....	554, 655	ENBREL.....	94, 126	EPOGEN.....	203
EMBRACE PRO TEST STRIPS.....	583, 656	ENBREL MINI.....	94, 126	EPRONTIA.....	320
EMBRACE SAFETY LANCET.....	555, 656	ENBREL SURECLICK...94, 126		<i>eprosartan</i>	171
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS.....	555, 656	ENDARI.....	215, 219, 255	EPSOLAY.....	464
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2)..	555, 656	ENDEAVORRX.....	496, 656	EQUETRO.....	307, 319
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1)..	555, 656	ENDO AVITENE.....	198	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ...	219
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR.....	555, 656	Endocet.....	106, 116	<i>ergoloid</i>	740
EMBRACE TALK TEST STRIPS.....	583, 656	ENDOMETRIN.....	406	ERGOMAR.....	369
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP.....	583, 656	ENFAMIL DUAL PROBIOTICS-VIT D.....	61	<i>ergotamine-caffeine</i>	373
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR.....	555, 656	ENGERIX-B (PF).....	289, 290	ERIVEDGE.....	142
		Enilloring.....	147	ERLEADA.....	146
		<i>enoxaparin</i>	204	<i>erlotinib</i>	143
		ENOXILUV.....	205	ERMEZA.....	398
		Enpresse.....	157	Errin.....	148
		Enskyce.....	151	ERTACZO.....	470
		ENSPRYNG.....	301	Ery Pads.....	474
		ENSTILAR.....	470	Ery-Tab.....	11
		ENSURE CLEAR THERAPEUTIC.....	256	ERYTHROCIN (AS STEARATE).....	11
		ENSURE RAPID HYDRATION.....	247	<i>erythromycin</i>	11, 755
		ENSURE SURGERY.....	256	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	11
		ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE.....	256	<i>erythromycin with ethanol</i>	474
		<i>entacapone</i>	335	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	480
		ENTADFI.....	746	<i>escitalopram oxalate</i>	355
		<i>entecavir</i>	27	<i>esomeprazole magnesium</i>	40
		ENTERAL GRAVITY BAG		ESPEROCT.....	211
		SET-ENFIT.....	521, 656	Estarylla.....	151
		ENTRESTO.....	197	<i>estazolam</i>	337, 353
				<i>estradiol</i>	392, 393, 609
				<i>estradiol valerate</i>	393

<i>estradiol-norethindrone acet</i>	387	EVENCARE PROVIEW		<i>ezetimibe</i>	172
ESTRING	609	TEST STRIP	584, 657	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>	190
ESTROGEL	393	EVENCARE TEST	584, 657	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	190
<i>estrogens-</i>		<i>evening primrose oil</i>	734	FABHALTA	198, 213
<i>methyltestosterone</i>	388	EVERLYWELL COVID19		FACTIVE	5
ESTROVEN CMPLT		HOM COLLECT	495, 657	Falmina (28)	151
MENOPAUSE RLF	734	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	139	<i>famciclovir</i>	12
ESTROVEN MENOPAUSE	264	<i>everolimus</i>		FAMIL-E	272
ESTROVERA	734	<i>(immunosuppressive)</i>	301	<i>famotidine</i>	39
<i>eszopiclone</i>	330	EVERSENSE E3 SMART		FANAPT	342
<i>ethacrynic acid</i>	169	TRANSMITTER	555, 657	FANTASY CONDOM	491, 658
<i>ethambutol</i>	20	EVICEL	206	FARXIGA	382
<i>ethosuximide</i>	328	EVIVO WITH MCT OIL	61	FASENRA PEN	89
ETHOXIA	486	EVOLUTION BLOOD		FASTEP COVID-19 AG	
<i>ethyl acetate</i>	602	GLUCOSE METER	556, 657	HOME TEST	495, 658
<i>ethyl chloride</i>	424	EVOLUTION NORMAL		FC2 FEMALE CONDOM	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	151	CONTROL	556, 657		492, 658
<i>etodolac</i>	114	EVOLUTION TEST STRIPS		<i>febuxostat</i>	738
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>			584, 657	FEIBA NF	206
	147	EVOTAZ	20, 24	<i>felbamate</i>	315
<i>etoposide</i>	134	EVRYSDI	615	<i>felodipine</i>	182
<i>etravirine</i>	3	EXCEL SYRINGE	508, 657	FEM DOPHILUS	61
<i>eua patient assessment</i>		EXEL HYPODERMIC		FEM PH	610
	489, 656	NEEDLES	508, 657	FEMALE CATHETER	519, 658
EUCERIN ADVANCED		EXEL INSULIN	529, 657, 658	FEMCAP	493, 659
REPAIR	458	EXEL SYRINGE	509, 658	FEMRING	609
EUCERIN INTENSIVE		EXELDERM	471	<i>fenofibrate</i>	179
REPAIR	458	<i>exemestane</i>	145	<i>fenofibrate micronized</i>	179
EUCRISA	412	EXKIVITY	144	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	179
EUFLEXXA	614	EXODERM	436	<i>fenofibric acid</i>	179
EURAX	413	EXSERVAN	614	<i>fenofibric acid (choline)</i>	179
EUTHYROX	398	EXTENDED RESERVOIR		<i>fenoprofen</i>	111
EVAMIST	393		529, 658	FENOVAR	475
EVARREST	206	EYE	295	<i>fentanyl</i>	99
EVENCARE	555, 657	EYE HEALTH PLUS		<i>fentanyl citrate</i>	99
EVENCARE G2	555, 583, 656	LUTEIN	264, 730	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	98, 129
EVENCARE G3 CONTROL		EYE MULTIVITAMIN	264, 730	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i>	99
	555, 656	EYSUVIS	762	FENTORA	99
EVENCARE G3 GLUCOSE		E-Z JECT LANCETS	556, 658	<i>fenugreek seed</i>	734
METER	555, 656	E-Z JECT THIN LANCETS		FERGON	236
EVENCARE G3 TEST	583, 657		556, 658	FERIVA 21-7	237
EVENCARE MINI		EZ SMART CONTROL	556, 658	FERIVA FA (WITH	
GLUCOSE CONTROL	555, 657	EZ SMART LANCETS	556, 658	SUMALATE)	237
EVENCARE MINI		EZ SMART PLUS SYSTEM		FERRETTS IPS	236
GLUCOSE TEST STR	583, 657		556, 658	FERRIPROX	163
EVENCARE MINI		EZ SMART PLUS TEST		<i>ferrous fumarate</i>	236
MONITOR SYSTEM	555, 657		584, 658	<i>ferrous gluconate</i>	236
EVENCARE PROVIEW		EZ SMART SYSTEM	556, 658	<i>ferrous sulfate</i>	236
CONTROL-L2,L3	555, 657	EZ SMART TEST	584, 658	<i>fesoterodine</i>	745
		EZALLOR SPRINKLE	172	FETZIMA	340

FE-VITE.....	236	FLEXI-SEAL SIGNAL FMS	491, 659	<i>fluorescein-proparacaine</i>	759
FIASP FLEXTOUCH U-100		FLINTSTONES COMPLETE		<i>fluoride (sodium)</i>	293, 294
INSULIN.....	379	(FE SULF).....	275	FLUORIDEX DAILY	
FIASP PENFILL U-100		FLINTSTONES IMMUNITY		DEFENSE.....	294
INSULIN.....	379	SUPPORT.....	275	FLUORIDEX SENSITIVITY	
FIASP PUMPCART.....	379	FLINTSTONES WITH		RELIEF.....	294
FIASP U-100 INSULIN.....	379	EXTRA IRON.....	275	FLUORIMAX 5000.....	294
FIBER (PSYLLIUM HUSK-		FLOLIPID.....	173	FLUORIMAX 5000	
SUGAR).....	45	FLORAJEN WOMEN.....	61	SENSITIVE.....	294
FIBER (WITH		FLORASAVE.....	61	<i>fluorometholone</i>	763
ASPARTAME).....	45	FLORASTOR ADVANCED....	61	FLUOROPLEX.....	466
FIBER GUMMIES.....	45	FLORASTOR BABY.....	61	<i>fluorouracil</i>	466
FIBER GUMMIES (WITH B-		FLORASTORKIDS.....	61	FLUOVIX.....	449
COMPLEX).....	45	FLORASTORSELECT GUT		FLUOVIX PLUS.....	449
FIBER		BOOST.....	62	<i>fluoxetine</i>	355
SUPPLEMENT(WHEATDEX		FLORASTORSELECT		FLUOXIA.....	440
TRIN).....	45	IMMUNITY BOOST.....	62	<i>fluphenazine hcl</i>	312, 313
FIBER THERAPY		FLORATUMMYS QUICK		<i>flurandrenolide</i>	449, 450
(PSYLLIUM-SUCRO).....	45	DISSOLVE.....	62	<i>flurazepam</i>	337, 353
FIBERWELL.....	45	FLOSEAL.....	206	<i>flurbiprofen</i>	111
FILSPARI.....	165	FLOWFLEX COVID-19 AG		<i>flurbiprofen sodium</i>	759
FILSUVEZ.....	417	HOME TEST.....	495, 659	<i>fluticasone propionate</i>	
<i>filter needles</i>	509, 659	FLUAD QUAD 2023-24(65Y		.....	78, 79, 83, 450
FILTERED EXTENSION		UP)(PF).....	288	<i>fluticasone propion-</i>	
SET.....	498, 659	FLUARIX QUAD 2023-2024		<i>salmeterol</i>	92
FINACEA.....	464, 474	(PF).....	288	<i>fluvastatin</i>	173, 174
<i>finasteride</i>	741	FLUBLOK QUAD 2023-2024		<i>fluvoxamine</i>	355
FINGERSTIX LANCETS		(PF).....	288	FLUZONE HIGHDOSE	
.....	556, 659	FLUCELVAX QUAD 2023-		QUAD 23-24 PF.....	288
<i> fingolimod</i>	408	2024.....	288	FLUZONE QUAD 2023-	
FINTEPLA.....	323	FLUCELVAX QUAD 2023-		2024.....	289
Finzala.....	151	2024 (PF).....	288	FLUZONE QUAD 2023-	
Fioricet.....	121	<i>fluconazole</i>	12	2024 (PF).....	288
FIRDAPSE.....	611	<i>flucytosine</i>	12	FML FORTE.....	763
FIRMAGON.....	140	<i>fludrocortisone</i>	388	FOLAGENT DHA.....	264
FIRMAGON KIT W		FLULAVAL QUAD 2023-		FOLAMAX.....	264
DILUENT SYRINGE.....	140	2024 (PF).....	288	FOLAMED DHA.....	264
FISH OIL.....	186, 187	<i>fluocinolone</i>	12	FOLCYTEINE.....	272
FLAREX.....	763	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	606	FOLET ONE.....	221, 251
FLASHARREST.....	734	<i>fluocinolone and shower cap</i>		<i>folic acid</i>	235
<i>flavoxate</i>	745	.....	448	FOLIC D3.....	244
<i>flaxseed oil</i>	734	<i>flunisolide</i>	83	FOLIKA-BC.....	217
<i>flecainide</i>	190	<i>fluocinolone</i>	449	FOLIVANE-OB.....	264
FLEXICHAMBER.....	595, 659	<i>fluocinolone emollient</i>	449	FOLLISTIM AQ.....	397
FLEXICHAMBER-LG CHILD		FLUOPAR.....	442	<i>fondaparinux</i>	209
MASK.....	595, 659	<i>fluorescein-benoxinate</i>	759, 767	FORA 6 CONNECT	
FLEXICHAMBER-SM				GLUCOSE STRIP.....	584, 659
ADULT MASK.....	595, 659			FORA 6 CONNECT	
FLEXICHAMBER-SM				MULTIFUNCTN MTR..	578, 659
CHILD MASK.....	596, 659				

FORA 6CONN-GTEL-TN'G	FORA V10-V12-D10-D20	FOTIVDA..... 137
ADV STRIP .....584, 659	STRIPS .....584, 661	FRAGMIN..... 205
FORA D10..... 556, 579, 659	FORA V12 BLOOD	FRAICHE 5000 PREVI..... 294
FORA D15 GLUCOSE-BP	GLUCOSE SYSTEM... 557, 661	FRAICHE 5000 SENSITIVE 294
MONITOR.....556, 579, 659	FORA V12 GLUCOSE.584, 661	FREEFLEX PLUS
FORA D15G STRIPS.. 584, 659	FORA V20..... 557, 585, 661	TRANSFER ADAPTER
FORA D20..... 556, 584, 659	FORA V30A.....557, 585, 661	..... 519, 662
FORA D40D GLUCOSE-BP	FORACARE GD20..... 585, 661	FREESTYLE CONTROL
MONITOR.....556, 579, 660	FORACARE GD20	..... 558, 662
FORA D40G GLUCOSE-BP	GLUCOSE METER..... 557, 661	FREESTYLE FLASH
MONITOR.....556, 579, 660	FORACARE GD40 TEST	SYSTEM.....558, 662
FORA D40-G31 TEST	STRIPS .....585, 661	FREESTYLE FREEDOM
STRIPS.....584, 660	FORACARE GD40A	..... 558, 662
FORA G20..... 556, 584, 660	GLUCOSE METER..... 557, 661	FREESTYLE FREEDOM
FORA G30A..... 556, 660	FORACARE GD40B	LITE..... 558, 662
FORA G30-PREMIUM V10	GLUCOSE METER..... 557, 662	FREESTYLE INSULINX
TEST STRP .....584, 660	FORACARE GDH HIGH	..... 558, 585, 662
FORA GD50 BLOOD	CONTROL..... 557, 662	FREESTYLE INSULINX
GLUCOSE SYSTEM... 556, 660	FORACARE GDH LOW	TEST STRIPS..... 585, 662
FORA GD50 TEST STRIPS	CONTROL..... 557, 662	FREESTYLE LANCETS
.....584, 660	FORACARE GDH NORMAL	..... 558, 662
FORA GTEL GLUCOSE	CONTROL..... 557, 662	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
TEST STRIP.....584, 660	FORACARE LANCETS	READER.....558, 662
FORA GTEL MULTI-	.....557, 662	FREESTYLE LIBRE 14 DAY
FUNCTN MONITOR....578, 660	<i>formoterol fumarate</i> 86	SENSOR..... 558, 662
FORA HIGH CONTROL	FORTIFY OPT ADV (L.	FREESTYLE LIBRE 2
.....556, 660	SALIVARUS)..... 62	READER.....558, 662
FORA LANCING DEVICE	FORTIFY OPTIMA	FREESTYLE LIBRE 2
.....556, 660	ADVANCED CARE.....62	SENSOR..... 558, 663
FORA LOW CONTROL	FORTIFY OPTIMA	FREESTYLE LIBRE 3
.....557, 660	PROBIOTIC.....62	READER.....558, 663
FORA NORMAL CONTROL	FORTIFY OPTIMA WOMEN	FREESTYLE LIBRE 3
.....557, 660	ADVANCED.....62	SENSOR..... 558, 663
FORA PREMIUM V10	FORTIFY OPTIMA WOMEN	FREESTYLE LITE METER
GLUCOSE METER..... 557, 660	PROBIOTIC.....62	..... 558, 663
FORA TEST N'GO VOICE	FORTIFY PROBIOTIC..... 63	FREESTYLE LITE STRIPS
METER..... 557, 660	FORTIFY PROBIOTIC 50	..... 585, 663
FORA TEST STRIP..... 584, 660	PLUS..... 62	FREESTYLE PRECISION
FORA TN'G ADV MOBILE	FORTIFY WOMEN	..... 529, 663
MULTI MTR..... 578, 661	PROBIO(L.SALIV.)..... 63	FREESTYLE PRECISION
FORA TN'G ADVAN PRO	FORTIFY WOMEN	NEO METER..... 558, 663
TEST STRIP .....584, 661	PROBIOTIC.....63	FREESTYLE PRECISION
FORA TN'G ADVANCE	FOSAMAX PLUS D..... 399	NEO STRIPS..... 585, 663
PRO MONITOR.....578, 661	<i>fosamprenavir</i>.....24	FREESTYLE SIDEKICK II
FORA TN'G VOICE METER	<i>fosfomycin tromethamine</i>	..... 558, 663
.....557, 661	..... 25, 744	FREESTYLE SYSTEM KIT
FORA TN'G VOICE TEST	<i>fosinopril</i> 195	..... 558, 663
STRIPS.....584, 661	<i>fosinopril-</i>	FREESTYLE TEST..... 585, 663
FORA V10..... 557, 584, 661	<i>hydrochlorothiazide</i> 193	
	FOSRENOL.....748	

FREESTYLE UNISTIK 2 558, 663	<i>gelatin</i> 734	GLEOSTINE..... 145
FROTEK..... 427	GELCLAIR..... 290	<i>glimepiride</i> 391
<i>frovatriptan</i> 367	GELFILM..... 198, 765	<i>glipizide</i> 391
FRUZAQLA..... 137	GEL-FLOW..... 198	<i>glipizide-metformin</i> 391
FULPHILA..... 201	GEL-FLOW NT..... 198	GLOPERBA..... 737
FUROSCIX..... 170	GELFOAM..... 199	GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT..... 375
<i>furosemide</i> 170	GELFOAM JMI POWDER... 199	Glucagon Emergency Kit (Human)..... 375
FUZEON..... 16	GELFOAM JMI SPONGE... 199	GLUCERNA HUNGER SMART..... 256
Fyavolv..... 387	GELFOAM SPONGE SIZE 200..... 199	GLUCERNA SNACK BAR... 256
FYCOMPA..... 313, 314, 315	GELMIX..... 604	GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR..... 559, 664
FYLNETRA..... 201	GELNIQUE..... 745	GLUCO NAVII TEST STRIP 585, 664
Fyremadel..... 403	GEL-ONE..... 614	GLUCOCARD 01 HI- NORMAL CONTROL... 559, 664
G TUSSIN AC..... 82	GELSYN-3..... 614	GLUCOCARD 01 METER 559, 664
<i>gabapentin</i> 303, 359	GELX..... 290, 292	GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL..... 559, 664
GALAFOLD..... 753	<i>gemfibrozil</i> 179	GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS..... 585, 664
<i>galantamine</i> 739	Gemmily..... 151	GLUCOCARD EXPRESSION..... 559, 585, 664
GALZIN..... 164	GEMTESA..... 749	GLUCOCARD SHINE.. 559, 665
GAMMAGARD LIQUID..... 282	GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME..... 495, 664	GLUCOCARD SHINE CONNEX METER..... 559, 665
GAMMAKED..... 282	GENADEK..... 275	GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER..... 559, 665
GAMUNEX-C..... 282	GENADEK STEP 1..... 264	GLUCOCARD SHINE METER..... 559, 665
<i>ganirelix</i> 403	GENADEK STEP 2..... 265	GLUCOCARD SHINE METER KIT..... 559, 665
GARDASIL 9 (PF)..... 289	GENADUR..... 479	GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS..... 585, 665
<i>garlic</i> 734	GENADUR (WITH LEXINAL)..... 478	GLUCOCARD SHINE XL METER..... 559, 665
<i>garlic extract</i> 734	Gengraf..... 115, 300	GLUCOCARD VITAL... 560, 665
GARLIX..... 734	GENOTROPIN..... 400	GLUCOCARD VITAL SENSOR..... 585, 665
GAS RELIEF-PREVENTION. 35	GENOTROPIN MINIQUICK 400	GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS..... 585, 665
GASTRACID..... 55	<i>gentamicin</i> 433, 754	GLUCOCOM AUTOLINK 560, 665
<i>gatifloxacin</i> 755	GENTLE IRON..... 237	GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE..... 560, 665
GATTEX 30-VIAL..... 36	GENTLE SKIN CLEANSER 468	GLUCOCOM CONTROL HIGH..... 560, 665
GATTEX ONE-VIAL..... 36	GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS)..... 468	
GAVILYTE-C..... 48	GENULTIMATE TEST STRIP..... 585, 664	
Gavilyte-G..... 48	GENVISC 850..... 615	
GAVRETO..... 141	GENVOYA..... 24	
GDRIVE..... 559, 663	GI PROTECT..... 246	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM..... 559, 663	GILENYA..... 408	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP..... 585, 663	GILOTRIF..... 142	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL.. 559, 664	GIMOTI..... 32	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM..... 559, 664	<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ... 734	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP..... 585, 664	<i>ginkgo biloba leaf extract</i> 734	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL.. 559, 664	GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA)..... 734	
<i>gefitinib</i> 143	GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T..... 494, 664	
GEL VEHICLE FOR NEXOBRID..... 604	<i>glatiramer</i> 409	
	Glatopa..... 409	

GLUCOCOM CONTROL	GLYXAMBI.....	389	GVOKE.....	376
NORMAL.....	GM100.....	560, 666	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	
GLUCOCOM GLUCOSE	GOCOVRI.....	360	.....	376
.....	GOJJI BLOOD GLUCOSE		GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
GLUCOCOM LANCETS	TEST STRIP.....	586, 666	.....	376
.....	GOJJI GLUCOSE CNTRL		GVOKE PFS 1-PACK	
GLUCOSA IMMUNE	SOL-NORMAL.....	560, 666	SYRINGE.....	376
BOOSTER.....	GOJJI LANCETS.....	560, 666	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>glucosam-chondr-c-mang</i>	GOJJI LANCING DEVICE		SYRINGE.....	376
<i>citrate</i>.....	.....	560, 666	GYNAZOLE-1.....	609
<i>glucosam-chondr-msm-c-</i>	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL		HADLIMA.....	51, 96, 126
<i>manganes</i>	METER.....	578, 666	HADLIMA PUSHTOUCH	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-</i>	GOLD BOND		.....	51, 96, 126
<i>boron</i>	THERAPEUTIC FOOT.....	458	HADLIMA(CF).....	52, 96, 126
<i>glucosamine 2kcl-msm-</i>	GONAL-F.....	397	HADLIMA(CF)	
<i>chondroit</i>	GONAL-F RFF.....	397	PUSHTOUCH.....	52, 96, 126
<i>glucosamine hcl-hyaluronic</i>	GONAL-F RFF REDI-JECT	397	HAEGARDA.....	200
<i>glucosamine sulfate</i>	GONITRO.....	194	Hailey.....	152
GLUCOSAMINE-CHONDR-	GOODLIFE AC-302		Hailey 24 Fe.....	151
D3 (C-MANG).....	GLUCOSE METER.....	560, 666	Hailey Fe 1.5/30 (28).....	152
<i>glucosamine-chondroitin</i>	GOODLIFE AC-302 TEST		Hailey Fe 1/20 (28).....	152
GLUCOSAMINE-	STRIP.....	586, 666	HAIR, SKIN AND NAILS	
CHONDROITIN 3X.....	GOTOKNOW COVID-19 AG		(BIOTIN).....	242
<i>glucosamine-d3-hyaluronic</i>	HOME TEST.....	495, 666	HAIR,SKIN AND NAILS(FA-	
<i>acid</i>	GRAFIX CORE.....	415	BIOTIN).....	265
<i>glucosamine-msm-chondr-</i>	GRAFIX PRIME.....	415	<i>halcinonide</i>	450
<i>d3-bosw</i>	GRAFIX XC.....	416	HALO B-LOCK CLOSED	
<i>glucosamine-msm-hyaluron</i>	GRALISE.....	303, 304	LINE ADAPTR.....	520, 667
<i>acid</i>	<i>granisetron hcl</i>	42	HALO CLOSED BAG	
<i>glucosam-msm-chond-</i>	GRANIX.....	201	ADAPTOR.....	520, 667
<i>hrb149-hyal</i>	GRASTEK.....	280	HALO CLOSED LINE	
<i>glucose</i>	<i>green tea leaf extract</i>	735	ADAPTOR.....	520, 667
GLUCOSE CONTROL 560, 665	GREEN TEA-600.....	735	HALO CLOSED SYRINGE	
GLUCOSE KETONE	<i>griseofulvin microsize</i>	27	ADAPTOR.....	520, 667
CONTROL SOLN.....	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	27	HALO CLOSED VIAL	
<i>glutamine</i>	<i>guaiacol</i>	605	ADAPTOR.....	520, 667
<i>glutaraldehyde</i>	GUAIFENESIN AC.....	82	HALO VIAL CONVERTER	
GLUTAREX-2.....	GUAIFENESIN DAC.....	82	.....	520, 667
<i>glutathione (bulk)</i>	<i>guanfacine</i>	168, 343	<i>halobetasol propionate</i>	429, 450
<i>glyburide</i>	GUARDIAN 4 GLUCOSE		Haloette.....	147
<i>glyburide micronized</i>	SENSOR.....	560, 666	HALOG.....	451
<i>glyburide-metformin</i>	GUARDIAN 4		<i>haloperidol</i>	334
<i>glycerin</i>	TRANSMITTER.....	560, 666	<i>haloperidol lactate</i>	334
<i>glycine urologic solution</i>	GUARDIAN CONNECT		HALUCORT.....	458
<i>glycopyrrolate</i>	TRANSMITTER.....	560, 666	HAPRODERM.....	458
<i>glycopyrrolate (pf)</i>	GUARDIAN LINK 3		HARMONY CONTROL	
Glydo.....	TRANSMITTER.....	560, 666	L1,L3.....	561, 667
GLYRX-PF.....	GUARDIAN SENSOR 3		HARMONY GLUCOSE	
GLYTRACTIN BETTERMILK	.....	560, 666	TEST STRIP.....	586, 667
5-5.....	GUMMY DINOS.....	232	HARVONI.....	14

HAVRIX (PF).....	287	HEPARIN		HUMIRA(CF).....	52, 96, 127
HAXCHLO.....	436	LOCKFLUSH(PORCINE)(PF		HUMIRA(CF) PEDI	
HAXCHLODREX.....	436	).....	204, 207	CROHNS STARTER	
HAXDRAX.....	477	<i>heparin, porcine (pf)</i>	204, 207	.....	52, 96, 126
HCU MAXAMUM.....	255	HEPLISAV-B (PF).....	290	HUMIRA(CF) PEN... 52, 96, 127	
HEALON ENDOCOAT.....	761	HEPZATO.....	132	HUMIRA(CF) PEN	
HEALON GV PRO.....	761	HEPZATO (50 MM		CROHNS-UC-HS....	52, 96, 127
HEALON PRO.....	761	CATHETER).....	131	HUMIRA(CF) PEN	
HEALON5 PRO.....	761	HEPZATO (62 MM		PEDIATRIC UC.....	52, 96, 127
HEALTHPRO GLUCOSE		CATHETER).....	132	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
MONITOR.....	561, 667	HER STYLE.....	146, 148	UV-ADOL HS.....	52, 96, 127
HEALTHPRO HIGH-LOW		HETLIOZ LQ.....	356	HUMULIN 70/30 U-100	
CONTROL.....	561, 667	HEXIOUNYL.....	436	INSULIN.....	401
HEALTHPRO TEST STRIPS		HICON.....	143	HUMULIN 70/30 U-100	
.....	586, 667	HI-D ADEK GUMMIES		KWIKPEN.....	401
HEALTHWISE INSULIN		PLUS ZINC.....	252	HUMULIN N NPH INSULIN	
SYRINGE.....	529, 530, 667	HI-D DROP.....	275	KWIKPEN.....	402
HEALTHWISE PEN		HIGH POTENCY MULTIVIT		HUMULIN N NPH U-100	
NEEDLE.....	530, 668	(W-IRON).....	252	INSULIN.....	402
HEALTHY ACCENTS		HIGH POTENCY		HUMULIN R REGULAR U-	
AUTOLET.....	561, 668	MULTIVITAMIN.....	252	100 INSULN.....	401
HEALTHY ACCENTS		HISTEX-AC.....	81	HUMULIN R U-500 (CONC)	
UNIFINE PENTIP.....	530, 668	HI-VOLUME PUMPING		INSULIN.....	402
HEALTHY ACCENTS		CHAMBER SET.....	498, 668	HUMULIN R U-500 (CONC)	
UNILET LANCET.....	561, 668	HIXDEFRIMA.....	477	KWIKPEN.....	402
HEALTHY EYES LUTEIN-		HIZENTRA.....	282, 283	HYALGAN.....	615
ZEAXANTHIN.....	731	HOMATROPAIRE.....	761	HYALO4 CARE.....	461
HEALTHY EYES		HOME NEBULIZER PLUS		HYALO4 CARE CLEAR.....	461
SUPERVISION2.....	731	SIDESTREAM.....	596, 668	HYCAMTIN.....	144
Heather.....	148	HOMINEX-2.....	255	HYCLODEX.....	418, 607
HEMADY.....	394	HORIZANT.....	372, 373	<i>hydralazine</i>	197
HEMANGEOL.....	192	HORMONE PROTECT.....	735	HYDRALYTE.....	247
HEMATEX.....	236	HPR.....	458	HYDRALYTE PLUS.....	248
HEMATOGEN.....	238	HPR PLUS.....	458	HYDRO 35.....	424
HEMATOGEN FORTE.....	238	HPR PLUS HYDROGEL....	441	<i>hydrochlorothiazide</i>	186
HEMATRON-AF.....	238	HPR PLUS-MB HYDROGEL		<i>hydrocodone bitartrate</i>	99
HEMLIBRA.....	198	.....	441	<i>hydrocodone-</i>	
HEMOFIL M HIGH.....	211	HUMALOG KWIKPEN		<i>acetaminophen</i>	
HEMOFIL M LOW.....	211	INSULIN.....	379	.....	105, 106, 121, 122
HEMOFIL M MID.....	211	HUMALOG MIX 50-50		<i>hydrocodone-</i>	
HEMOFIL M SUPER HIGH.	211	INSULN U-100.....	377	<i>chlorpheniramine</i>	87
HEP FLUSH-10 (PF)...	203, 206	HUMALOG MIX 50-50		<i>hydrocodone-homatropine</i>	
<i>heparin (porcine)</i>	204	KWIKPEN.....	377	.....	81, 82
<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>		HUMALOG MIX 75-25(U-		<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	106, 122
<i>nacl</i>	203, 206	100)INSULN.....	377	<i>hydrocortisone</i>	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	204	HUMALOG U-100 INSULIN	379	.....	56, 394, 410, 452
<i>heparin lock flush (porcine)</i>		HUMATE-P.....	211	<i>hydrocortisone acetate</i>	410
.....	204, 206	HUMATROPE.....	400	<i>hydrocortisone butyrate</i>	
		HUMIRA.....	52, 96, 126	.....	451, 452
		HUMIRA PEN.....	52, 96, 126		

HYDROCORTISONE			<i>imatinib</i> 137
LOTION COMPLETE..... 416		UC STARTER.....52, 97, 127	IMBRUVICA.....131, 137
<i>hydrocortisone valerate</i> 452		HYRIMOZ PEN PSORIASIS	IMIOXIA.....436
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...606		STARTER.....52, 97, 127	<i>imipramine hcl</i> 341
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		HYRIMOZ(CF).....53, 97, 127	<i>imipramine pamoate</i> 341
<i>aloe2</i>.....433		HYRIMOZ(CF) PEDI	<i>imiquimod</i>.....467
<i>hydrocortisone-iodoquinol</i> ... 436		CROHN STARTER..53, 97, 127	IMMUNERX.....265
<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>		HYRIMOZ(CF) PEN 53, 97, 127	IMPACT ADVANCED
<i>aloe</i>.....433		HYSINGLA ER..... 100	RECOVERY..... 256
<i>hydrocortisone-pramoxine</i>		<i>ibandronate</i>.....390	IMPAVIDO.....25
.....410, 452, 466		IBRANCE.....142	IMPOYZ.....429, 453
<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>		IBSRELA..... 31	INBRIJA.....360
.....605, 607		lbu.....111	Incassia..... 148
Hydromet..... 82		IBUPAK..... 111	IN-CHECK NASAL WITH
<i>hydromorphone</i> 99, 100		<i>ibuprofen</i>.....112	MASK..... 580, 668
<i>hydromorphone (pf)</i> 99		<i>ibuprofen-famotidine</i> 108	IN-CHECK ORAL FLOW
<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>		<i>icatibant</i>.....169	METER..... 580, 668
<i>nacl</i>.....99		lclevia..... 152	INCONTROL LANCING
<i>hydroquinone</i>.....426		ICLOFENAC CP.....476	DEVICE.....561, 669
<i>hydroxocobalamin</i>.....235		ICLUSIG.....144	INCONTROL PEN NEEDLE
<i>hydroxychloroquine</i> 13, 115		ID NOW COVID-19 TEST	.....530, 669
<i>hydroxyethyl</i>		KIT.....495, 668	INCONTROL SUPER THIN
<i>methacrylate,bulk</i> 605		IDACIO(CF)..... 53, 97, 128	LANCETS.....561, 669
HYDROXYM.....452		IDACIO(CF) PEN....53, 97, 128	INCONTROL ULTRA THIN
<i>hydroxypropyl cellulose</i> 602		IDACIO(CF) PEN CROHN-	LANCETS.....561, 669
<i>hydroxyurea</i>.....133		UC STARTR.....53, 97, 127	INCRELEX.....393
<i>hydroxyzine hcl</i>.....343		IDACIO(CF) PEN	INCRUSE ELLIPTA.....76
<i>hydroxyzine pamoate</i> 343		PSORIASIS START 53, 97, 127	<i>indapamide</i>.....186
HYFIBER FOR KIDS.....45		IDARAN.....464	INDERAL XL.....192
HYFTOR.....423		IDEAL BOWEL SUPPORT...63	INDICAID COVID-19 AG
HYGIENIC CLEANSING		IDELVION.....214	HOME TEST.....495, 669
LOTION.....458		IDHIFA.....136	INDOCIN.....114
HYLATOPICPLUS.....458		IDYYXIATAR.....484	<i>indomethacin</i>.....114
HYLAZINC.....235		IGALMI.....362	INFANT PROBIOTIC.....63
HYMOVIS.....615		IGG 2000 CWP.....246	INFANT-TODDLER
<i>hyoscyamine sulfate</i>		IGG PURE.....246	MULTIVITAMIN.....232
.....38, 744, 745		IGLUCOSE BLOOD	INFANT-TODDLER
HYOSYNE.....38, 745		GLUCOSE MONITOR.561, 668	MULTIVIT-IRON.....275
HYPER-SAL.....603		IGLUCOSE TEST STRIP	INFASURF.....88
HYPOCYN ANTIPRURITIC		.....586, 668	INFINITY CONTROL
.....419, 607		IHEALTH COVID-19 AG	SOLUTION HIGH.....561, 669
HYPOCYN DERMAL...419, 608		HOME TEST.....495, 668	INFINITY CONTROL
HYPOLANCE AST		IHEEZO (PF).....768	SOLUTION LOW.....561, 669
LANCING.....561, 668		ILET INFUSION KIT-INSET	INFINITY CONTROL
<i>hypromellose</i>.....602		23".....590, 668	SOLUTION NORM.....561, 669
HYQVIA.....283		ILET INFUSION-CONTACT	INFINITY METER KIT.561, 669
HYQVIA HY COMPONENT.299		DTCH 23".....590, 668	INFINITY STARTER KIT
HYQVIA IG COMPONENT..283		ILET INSULIN PUMP..577, 668	.....561, 669
HYRIMOZ.....52, 97, 127		ILEVRO.....759	
HYRIMOZ PEN.....52, 97, 127		ILIDERM.....478	

INFINITY TEST STRIPS	586, 669	<i>insulin lispro</i>	380	IRON (FERROUS SULFATE).....	236
INFLAMMACIN.....	109	<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	377	<i>iron bisglycinate chelate</i>	237
INFLAMMA-K.....	476	<i>insulin syrlndl u100 half mark</i>	531, 670	IRON FOLATE PLUS.....	238
INFLATHERM(DICLOFENA C-MENTHOL).....	109	INSULIN SYRINGE.....	531, 670	IRON FOLATE-F.....	238
INGREZZA.....	363, 370, 371	INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	531, 670	<i>iron,carbonyl-vitamin c</i>	238
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	363, 370	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	531, 671	IRRIGATION SYRINGE	509, 671
INGREZZA SPRINKLE	363, 370, 371	INSUPEN PEN NEEDLE	531, 671	ISENTRESS.....	18
INJECT EASE LANCETS	561, 669	INSYTE IV CATHETER	498, 671	ISENTRESS HD.....	18
INLYTA.....	137	INTEGRA SYRINGE... ..	509, 671	Isibloom.....	152
INNOPRAN XL.....	192	INTELENCE.....	3	I-SIGHT.....	731
INNOSPIRE DELUXE.	596, 669	INTELISWAB COVID-19 HOME TEST.....	495, 671	<i>isoflurane</i>	128
INNOSPIRE ELEGANCE	596, 669	INTENSE DRY SKIN THERAPY.....	458	<i>isoniazid</i>	18
INNOSPIRE ESSENCE	596, 669	INTERLINK LEVER LOCK CANNULA.....	520, 671	<i>isopropyl alcohol</i>	605
INNOSPIRE GO NEBULIZER.....	497, 669	INTERLINK SYRINGE AND CANNULA.....	509, 671	<i>isosorbide dinitrate</i>	194
INNOSPIRE MINI.....	596, 669	INVACARE LANCETS.....	561, 671	<i>isosorbide mononitrate</i>	194
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER	596, 669	INVELTYS.....	763	<i>isosorbide-hydralazine</i>	183
INPEFA.....	374	INVIGOFLEX AMPM.....	727	<i>isotretinoin</i>	487
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	530, 669	INVIGOFLEX CS.....	727	<i>isradipine</i>	182
INPEN (FOR HUMALOG) GREY.....	530, 670	INVIGOFLEX D.....	727	ISTURISA.....	389
INPEN (FOR HUMALOG) PINK.....	530, 670	INVIGOFLEX GS.....	728	IS-ZC 50.....	245
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	530, 670	INVOKAMET.....	383	ITHOXIA.....	486
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY.....	530, 670	INVOKAMET XR.....	383	<i>itraconazole</i>	12
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK.....	531, 670	INVOKANA.....	382	I-VALEX-2.....	254
INQOVI.....	141	INZDEAXIATAR.....	483	IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE.....	498, 672
INREBIC.....	140	INZDEAXIAVAR.....	483	IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE.....	498, 672
INSPIRATION ELITE FILTER.....	596, 670	INZDEOXIA.....	481	IVENIX ADMIN SET SINGLE-INLET.....	498, 672
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN).....	376	IODOFLEX.....	608	IVENIX BLOOD PRODUCT ADMIN SET.....	518, 672
INSUFLON.....	589, 670	IODOSORB.....	608	<i>ivermectin</i>	1
INSUL-CAP.....	561, 670	IOPIDINE.....	770	IWILFIN.....	130
INSUL-EZE.....	561, 670	IPOL.....	284	IXINITY.....	214
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	377	I-PORT.....	520, 671	IYUZEH (PF).....	769
<i>insulin aspart u-100</i>	379, 380	I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT.....	520, 671	Jaimiess.....	161
		I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT.....	520, 671	JAKAFI.....	143
		<i>ipratropium bromide</i>	76, 83	Jantoven.....	203
		<i>ipratropium-albuterol</i>	91	JANUMET.....	405
		<i>irbesartan</i>	171	JANUMET XR.....	405
		<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	183	JANUVIA.....	404
				JARDIANCE.....	382
				JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE.....	63
				JARRO-DOPHILUS BABY....	63
				JARRO-DOPHILUS BABY PROBIOTIC.....	63

JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE.....	63	KALYDECO.....	73	KEYFOLIC.....	265
JARRO-DOPHILUS EPS.....	64	KANGAROO 924 SAFETY SCREW.....	521, 672	KIDS MELATONIN.....	358
JARRO-DOPHILUS GUT CALM.....	64	KANGAROO EPUMP SET.....	521, 672	KIDS MULTI ZERO.....	275
JARRO-DOPHILUS KIDS.....	64	KANGAROO GRAVITY SET.....	521, 672	KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS.....	275
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS.....	64	KANGAROO SPRINKLE... ..	184	KIDS SLEEP CALM.....	356
JARRO-DOPHILUS PRENATAL.....	64	KARBINAL ER.....	75, 81	KIDS SLEEP IMMUNE HEALTH.....	357
JARRO-DOPHILUS ULTRA..	64	Kariva (28).....	161	KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED).....	491, 672
JARRO-DOPHILUS WOMEN.....	64	KATARAXAP.....	437	KIMONO LUBRICATED CONDOMS.....	491, 673
Jasmiel (28).....	152	KATARVIA.....	438	KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON.....	491, 673
JATENZO.....	381	KATARYA.....	438	KIMONO MICROTHIN CONDOMS.....	491, 673
Javygtor.....	751	KATARYAXN.....	438	KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS.....	491, 673
JAYPIRCA.....	131, 137	KATERZIA.....	182	KIMONO MICROTHIN TEXTURED CONDOMS.....	492, 673
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT.....	561, 672	KAXM.....	426	KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY.....	248
JELMYTO.....	131	KEIDO.....	438	KINDERMED INFANTS COUGH PLUS.....	729
Jencycla.....	149	Kelnor 1/35 (28).....	153	KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH.....	729
JENTADUETO.....	405	Kelnor 1-50 (28).....	153	KINERET.....	118
JENTADUETO XR.....	405	KELOTOP.....	601, 672	Kionex (With Sorbitol).....	257
JESDUVROQ.....	197	KENDALL DISINFECTANT CAP.....	520, 672	Kiprofen.....	112
Jinteli.....	387	KENGUARD FOLEY CATHETER.....	519, 672	KISQALI.....	142
JIVI.....	211	KERAGEL.....	421, 672	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	134
JOENJA.....	752	KERAGELT.....	421, 672	KLARITY (CHONDROITIN) (PF).....	757
JOLESSA.....	152	KERALYT SCALP COMPLETE.....	424	Klayesta.....	456
JORNAY PM.....	347	KERAMATRIX.....	488	KLISYRI.....	423
Joyeaux.....	152	KERASTAT.....	443	Klor-Con M10.....	250
JUBLIA.....	465	KERENDIA.....	194	Klor-Con M15.....	250
Juleber.....	152	KERLIX AMD.....	421, 672	Klor-Con M20.....	250
JULIE.....	146, 148	KESIMPTA PEN.....	407	KLOXXADO.....	165
JULUCA.....	15	KETARYA.....	438	KOATE.....	211
Junel 1.5/30 (21).....	152	<i>ketoconazole</i>	27, 471	KOGENATE FS.....	211
Junel 1/20 (21).....	152	Ketodan.....	471	KONSYL DAILY FIBER (STEVIA).....	45
Junel Fe 1.5/30 (28).....	152	KETODAN KIT.....	471	KONSYL SUGAR-FREE.....	45
Junel Fe 1/20 (28).....	152	KETONE CARE.....	589, 672	KONVOMEPI.....	54
Junel Fe 24.....	152	KETONE URINE TEST.....	589, 672	KORLYM.....	406
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	275	KETONEX-2.....	255	KOSELUGO.....	139
JUST RIGHT 5000.....	294	<i>ketoprofen</i>	112	KOSHER PRENATAL PLUS IRON.....	221
JUVAZIN.....	440	<i>ketorolac</i>	112, 113, 759		
JUXTAPID.....	171	KETOSTIX.....	589, 672		
JYLAMVO.....	122, 132	KEVARAXAP.....	438		
JYNARQUE.....	748	KEVARTIA.....	438		
K1-1000.....	271	KEVARYA.....	438		
K2-D3 MAX.....	273	KEVEYIS.....	612		
Kaitlib Fe.....	153	KEVZARA.....	119		
Kalliga.....	153	KEXM.....	426		
		KEYA.....	438		

KOTARAXAP.....	438	<i>lancets</i>	561, 673	LEVICYN ANTIPRURITIC	.....414, 417
KOVALTRY.....	211	LANCETS, SUPER THIN562, 673	LEVICYN ANTIPRURITIC	SG.....	458
KOVANAZE.....	293	LANCETS, THIN.....	562, 673	LEVICYN DERMAL.....	419	
K-PHOS NO 2.....	744	LANCETS, ULTRA THIN	.....562, 673	<i>levobunolol</i>	760
K-PHOS ORIGINAL.....	744	<i>lancing device</i>	562, 673	<i>levocarnitine</i>	241, 754	
KRAZATI.....	141	LANCING DEVICE WITH	LANCETS.....	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	754	
K-RIGHT.....	273	LANCETS.....	562, 673	<i>levocarnitine tartrate</i>	241	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		<i>lancing device with lancets</i>	.....562, 673	<i>levocetirizine</i>	75, 89
<i>ast</i>	187	LANCING SYSTEM.....	562, 673	<i>levofloxacin</i>	5, 755	
KRINTAFEL.....	13	LANOLIN (HPA).....	443	Levonest (28).....	158	
KRISTALOSE.....	71	<i>lansoprazole</i>	40	<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>		
Kurvelo (28).....	153	<i>lanthanum</i>	748	<i>iron</i>	153	
KUTAR.....	438	LANZO LANCING DEVICE	.....562, 673	<i>levonorgestrel</i>	147, 148
KUTARVIA.....	438	<i>lapatinib</i>	144	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	.....153, 154
KUTARYAXM.....	438	Larin 1.5/30 (21).....	153	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	.....158
KUTARYAXMPA.....	438	Larin 1/20 (21).....	153	Levora-28.....	154	
KUTEA.....	426	Larin 24 Fe.....	153	<i>levorphanol tartrate</i>	100	
KUVAN.....	751	Larin Fe 1.5/30 (28).....	153	<i>levothyroxine</i>	398	
KUVARYA.....	438	Larin Fe 1/20 (28).....	153	LEVULAN.....	431	
KUVARYE.....	439	<i>latanoprost</i>	769	LEXETTE.....	430, 453	
KUXM.....	426	LAYOLIS FE.....	153	LEXITRAL PHARMAPAK II.....	476	
KYLEENA.....	160	LC PLUS.....	497, 673	L-GLUTAMINE.....	219	
KYZATREX.....	381	LC PLUS NEBULIZER-PED	MASK.....	LIBERVANT.....	337, 338	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	.....147, 161	LC-655.....	231	LICART.....	427
<i>l. acidophilus-b. coagulans</i>	64	L-CARNITINE.....	241	LICE-BEDBUG-MITE	BEDDING.....	413
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-		L-CARNITINE (TARTRATE).....	241	<i>licorice root (g.glabra)</i>	735	
TETRA).....	431, 432	L-CARNOSINE.....	219	LIDO BDK.....	579	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-		LDO PLUS.....	432	<i>lidocaine</i>	129, 432	
TETRA).....	432	LEENA 28.....	157	<i>lidocaine hcl</i>	129, 291, 432	
<i>labetalol</i>	183	LEFLUNICLO.....	119, 427	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>	<i>ac</i>	410, 411, 466
<i>lacosamide</i>	316	<i>leflunomide</i>	119	Lidocaine Viscous.....	291	
LACRISERT.....	757	<i>lenalidomide</i>	144	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>		
<i>lactase</i>	39	LENVIMA.....	137	<i>aloe</i>	411	
<i>lactated ringers</i>	271	Lessina.....	153	<i>lidocaine-prilocaine</i>	478	
<i>lactobacillus acidophilus</i>	64	<i>letrozole</i>	145	<i>lidocaine-racepinep-</i>		
<i>lactobacillus acidoph-l.bulgar</i>	64	<i>leucovorin calcium</i>	130, 131	<i>tetracaine</i>	432	
<i>lactulose</i>	29, 71	LEUKERAN.....	132	<i>lidocaine-tetracaine</i>	432	
LAGEVRIO (EUA).....	26	LEUKINE.....	204	Lidocan Iii.....	432	
LAMICTAL XR STARTER		<i>leuprolide</i>	145	Lidocan Iv.....	432	
(BLUE).....	316	<i>levabuterol hcl</i>	86	Lidocan V.....	432	
LAMICTAL XR STARTER		<i>levabuterol tartrate</i>	86	LIDOMARK 1-5.....	129	
(GREEN).....	316	<i>levamlodipine</i>	182	LIDOMARK 2-5.....	129	
LAMICTAL XR STARTER		LEVEMIR FLEXPEN.....	377	LIDOPIN.....	432	
(ORANGE).....	317	LEVEMIR U-100 INSULIN...378	<i>levetiracetam</i>	LIDOPURE PATCH.....	432	
LAMIOFLUR.....	295					
<i>lamivudine</i>	17, 27					
<i>lamivudine-zidovudine</i>	15					
<i>lamotrigine</i>	307, 317					
LAMPIT.....	20					

LIDORX.....	432	Lojaimiess.....	161	Lyllana.....	393
LIDORXKIT.....	478	LOKELMA.....	257	LYNPARZA.....	136
LIDOSOL-50.....	432	LONSURF.....	133	<i>lysine hcl</i>	219, 220
LIDTOPIC MAX.....	432	<i>loperamide</i>	35	LYSODREN.....	133
LIKMEZ.....	14	<i>lopinavir-ritonavir</i>	20	LYTGOBI.....	134
LILETTA.....	160	LOPROX KIT.....	477	LYUMJEV KWIKPEN U-100	
<i>linezolid</i>	6	<i>lorazepam</i>	337, 354	INSULIN.....	380
LINZESS.....	32, 43	Lorazepam Intensol.....	337, 354	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
<i>liothyronine</i>	398	LORBRENA.....	135	INSULIN.....	380
LIPOCHOL PLUS.....	187	LOREEV XR.....	337, 354	LYUMJEV TEMPO PEN(U-	
LIPO-FLAVONOID.....	243	LORMATE.....	272	100)INSULN.....	380
LIQREV.....	167	Loryna (28).....	154	LYUMJEV U-100 INSULIN..	380
LIQUACEL.....	246	<i>losartan</i>	171	LYVISPAH.....	613
LIQUID C.....	240	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	183	Lyza.....	149
LIQUID MULTIVITAMIN.....	265	LOTEMAX.....	763	MACULAPF.....	731
<i>lisdexamfetamine</i>	347	LOTEMAX SM.....	763	<i>mafenide acetate</i>	460
<i>lisinopril</i>	196	<i>loteprednol etabonate</i> ..	763, 764	<i>mag citrate-potassium citrate</i>	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		LOTREXONE.....	93	.....	248
.....	193	LOUTREX.....	434, 459	MAGE.....	64
LITE TOUCH-MEDIUM		<i>lovastatin</i>	174	MAGELLAN INSULIN	
MASK.....	596, 673	Low-Ogestrel (28).....	154	SAFETY SYRNG.531, 532, 674	
LITEAIRE MDI CHAMBER		<i>loxapine succinate</i>	334	MAGELLAN SAFETY	
.....	596, 673	LOYON.....	459	NEEDLE.....	509, 674
LITETOUCH-LARGE MASK		Lo-Zumandimine (28).....	154	MAGELLAN SAFETY	
.....	596, 673	<i>lubiprostone</i>	31, 55	SYRINGE.....	509, 675
LITETOUCH-SMALL MASK		LUCEMYRA.....	296	MAGELLAN SYRINGE	
.....	596, 673	LUCIRA CHECK-IT COVID		.....	509, 532, 675
LITFULO.....	411	HOME TST.....	495, 674	MAGIC3 INTERMITTENT	
<i>lithium carbonate</i>	342	LUER LOCK SYRINGE		CATHETER.....	519, 675
<i>lithium citrate</i>	342	.....	509, 674	MAGMIND.....	231
LITHOLYTE.....	743	LUER SLIP TIP SYRINGE		<i>magnesium</i>	231
LITHOSTAT.....	740	TRAY.....	509, 674	<i>magnesium chloride</i>	231
LIVALO.....	174	LUER-LOK TIP.....	509, 674	<i>magnesium citrate</i>	231
LIVER PROTECT.....	731	LUGOLS.....	232, 608	<i>magnesium citrate,mag</i>	
LIVITA FOR ADULT.....	265	<i>luliconazole</i>	471	<i>oxide</i>	231
LIVITA FOR CHILDREN.....	276	LUMAKRAS.....	141	<i>magnesium citrate-lemon</i>	
LIVMARLI.....	93	LUMIGAN.....	769	<i>balm</i>	248
LIVTENCITY.....	20	LUMINOPIA DIGITAL APP		MAGNESIUM COMPLEX...231	
L-MESITRAN SOFT.....	421	(30-DAY).....	497, 674	<i>magnesium glycinate</i>	231
LMR PLUS.....	478	LUMRYZ.....	310	MAGNESIUM OPTIMIZER..	248
LO LOESTRIN FE.....	161	LUPKYNIS.....	300	<i>magnesium oxide</i> ..	43, 231, 232
LODOCO.....	93	<i>lurasidone</i>	333	MAHANA IBS.....	497, 675
Lofena.....	111	<i>lutein</i>	731	<i>malathion</i>	413
LOFRIC.....	519, 674	<i>lutein-zeaxanthin</i>	731	<i>maraviroc</i>	26
LOFRIC HYDRO-KIT...519, 674		<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>		MAR-COF BP.....	81
LOFRIC ORIGO.....	519, 674	.....	731	MAR-COF CG.....	82
LOFRIC PRIMO NELATON		Lutera (28).....	154	Marlissa (28).....	154
CATHETER.....	519, 674	LUXAMEND.....	459	MARNATAL-F.....	221
LOFRIC SENSE NELATON		LYBALVI.....	306, 332, 335	MARPLAN.....	343
CATHETER.....	519, 674	Lyleq.....	149	MARVONA SUIK (PF).....	129

MATULANE.....	145	MEDIHONEY		<i>meloxicam</i>	112
Matzim La.....	181	(HYDROCOLLOID-HONEY)		<i>meloxicam submicronized</i> ...	112
MAVENCLAD (10 TABLET		.....	421, 676	<i>memantine</i>	740
PACK).....	406	MEDISENSE.....	562, 676	MEN 50 PLUS	
MAVENCLAD (4 TABLET		MEDISENSE CONTROLS		MULTIVITAMIN.....	265
PACK).....	406	1-HI 1-LO.....	562, 676	MENEST.....	393
MAVENCLAD (5 TABLET		MEDISENSE GLUCOSE		MENOFEM.....	735
PACK).....	406	KETONE.....	562, 676	MENOPUR.....	399
MAVENCLAD (6 TABLET		MEDISENSE MID		MENOSTAR.....	393
PACK).....	406	CONTROL.....	562, 676	MENQUADFI (PF).....	279
MAVENCLAD (7 TABLET		MEDISENSE THIN		MEN'S 50 PLUS	
PACK).....	406	LANCETS.....	562, 676	MULTIVITAMIN.....	265
MAVENCLAD (8 TABLET		<i>medium chain triglycerides</i> ..	255	MEN'S DAILY GUMMIES...	265
PACK).....	406	MEDLANCE PLUS		MEN'S MULTIVITAMIN	
MAVENCLAD (9 TABLET		LANCETS.....	562, 676	GUMMIES.....	265
PACK).....	406	MEDLANCE PLUS		MEN'S ONE DAILY.....	265
MAVYRET.....	23	SPECIAL BLADE.....	562, 676	MENTAX.....	476
MAXFE (FOLATE).....	238	MEDPOINT NORMAL		MENTHO-CAINE.....	478
MAXICOMFORT II PEN		CONTROL.....	562, 676	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
NEEDLE.....	532, 675	MEDROL.....	395	(PF).....	279
MAXICOMFORT INSULIN		MEDROLOAN II SUIK.....	395	<i>meperidine</i>	100
SYRINGE.....	532, 675	MEDROLOAN SUIK.....	395	<i>meperidine (pf)</i>	100
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>medroxyprogesterone</i>		<i>meprobamate</i>	343
SYRINGE.....	532, 675	.....	161, 162, 388	<i>mercaptopurine</i>	133
MAXICOMFORT SAFETY		MEDTRONIC EXT		Merzee.....	154
PEN NEEDLE.....	532, 675	INFUSION SET 23".....	590, 676	<i>mesalamine</i>	30
MAXIDEX.....	764	MEDTRONIC EXT		<i>mesalamine with cleansing</i>	
MAXI-TUSS AC.....	82	INFUSION SET 32".....	590, 676	<i>wipe</i>	30
MAXI-TUSS CD.....	81	<i>mefenamic acid</i>	110	MESNEX.....	130
MAXORB EXTRA.....	421, 675	<i>mefloquine</i>	13	Metadate Er.....	347
MAYZENT.....	408	MEGARED ADV TOTAL		<i>metaxalone</i>	614
MAYZENT STARTER(FOR		BODY REFRESH.....	187	METDRAY.....	443
1MG MAINT).....	408	MEGARED ADVANCED 4-		METER-CHECK.....	562, 676
MAYZENT STARTER(FOR		IN-1.....	187	<i>metformin</i>	380
2MG MAINT).....	408	MEGARED ADVANCED		<i>methadone</i>	100, 101
MB HYDROGEL.....	441	TOTAL BODY.....	187	Methadone Intensol.....	100
MB HYDROGEL		MEGARED OMEGA-3		Methadose.....	101
(CYCLOMETHICONE).....	441	KRILL OIL.....	187	<i>methamphetamine</i>	329, 347
MC 300 NEBULIZER W-		<i>megestrol</i>	145, 750	<i>methazolamide</i>	169
MOUTHPIECE.....	497, 675	MEKINIST.....	139	<i>methenamine hippurate</i> ..	29, 743
MC 300 NEBULIZER-		MEKTOVI.....	139	<i>methenamine mandelate</i>	
UNVRSL TUBING.....	497, 675	<i>melatonin</i>	358, 359, 728	.....	29, 744
MCT OIL.....	255	MELATONINMAX.....	359	<i>methen-sod phos-meth blue-</i>	
<i>meclizine</i>	33	<i>melatonin-pyridoxal phos</i>		<i>hyos</i>	28, 746
<i>meclofenamate</i>	110	(b6).....	357	<i>me-thfolate glucos-</i>	
<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> ..	235	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i>		<i>mecobalamin</i>	272
MEDCAPS MENOPAUSE...	735	.....	357, 735	<i>methimazole</i>	374
MEDIHONEY (CAL		<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i>		METHITEST.....	381
ALGINATE-HONEY)....	421, 676	.....	357, 735	<i>methocarbamol</i>	614
MEDIHONEY (HONEY).....	421	<i>melatonin-theanine</i>	357	METHOCEL E 4 M.....	602

<i>methotrexate sodium</i> ... 122, 132	MICRODOT NORMAL	MINIMED 780G INSULIN
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	CONTROL..... 563, 677	PUMP 577, 678
..... 122, 132	MICRODOT READYGARD	MINIMED MIO ADVANCE
<i>methoxsalen</i> 426	PEN NEEDLE..... 532, 677	INF SET23"..... 590, 678
<i>methscopolamine</i> 38	MICRODOT XTRA BLOOD	MINIMED MIO ADVANCE
<i>methsuximide</i> 328	GLUCOSE..... 586, 677	INF SET43"..... 591, 678
METHYL PROTECT..... 273	Microgestin 1.5/30 (21)..... 154	MINIMED QUICK SET 18"
<i>methyl salicylate</i> 413	Microgestin 1/20 (21)..... 154	..... 591, 678
<i>methyl dopa</i> 169	Microgestin 24 Fe..... 154	MINIMED QUICK SET 23"
<i>methyl dopa-</i>	Microgestin Fe 1.5/30 (28)... 154	..... 591, 678
<i>hydrochlorothiazide</i> 168	Microgestin Fe 1/20 (28)..... 154	MINIMED QUICK SET 32"
<i>methylene blue (bulk-solid)</i> .. 605	MICROLET 2 LANCING	..... 591, 678
<i>methyl ergonovine</i> 404	DEVICE..... 563, 677	MINIMED QUICK SET 43"
<i>methylphenidate</i> 348	MICROLET LANCET... 563, 677	..... 591, 678
<i>methylphenidate hcl</i>	MICROLET NEXT LANCING	MINIMED QUICK-SERTER
..... 308, 347, 348	DEVICE..... 563, 677	(MMT-395)..... 563, 678
<i>methylprednisolone</i> 395	MICROLIFE PEAK FLOW	MINIMED SILHOUETTE 18"
<i>methyltestosterone</i> 381	METER..... 580, 677	..... 591, 678
<i>methyltetrahydrofolate</i>	MICROSPACER..... 596, 677	MINIMED SILHOUETTE 23"
<i>glucos</i> 235	MIDASPOT COVID19	..... 591, 678
<i>metoclopramide hcl</i> 32	ANTIBODY TEST..... 496, 677	MINIMED SILHOUETTE 32"
<i>metolazone</i> 186	<i>midazolam</i> 129, 337, 353	..... 591, 678
<i>metoprolol succinate</i> 184	<i>midazolam (pf)</i> 129, 337	MINIMED SILHOUETTE 43"
<i>metoprolol ta-</i>	<i>midodrine</i> 197	..... 591, 678
<i>hydrochlorothiaz</i> 180	MIEBO (PF)..... 757	MINIMED SURE T 18" .591, 679
<i>metoprolol tartrate</i> 184	MIFEPREX..... 374	MINIMED SURE T 23" .591, 679
<i>metronidazole</i> 14, 464, 610	<i>mifepristone</i> 374, 406	MINIMED SURE T 32" .591, 679
<i>metyrosine</i> 168	MIGERGOT..... 373	<i>minocycline</i> 9, 119, 469
Mibelas 24 Fe..... 154	<i>miglitol</i> 392	<i>minoxidil</i> 197
<i>miconazole nitrate-zinc ox-</i>	<i>miglustat</i> 753	MINREX..... 250
<i>pet</i> 471	MIGRANOW..... 367	MIRCERA..... 203
MICONAZOLE-3..... 609	Mili..... 155	MIRENA..... 160
MICRO BLOOD GLUCOSE	<i>milk thistle</i> 735	MIRO3D..... 488
..... 586, 676	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i> 735	MIRODERM
MICRO THIN LANCETS	<i>milk thistle seed extract</i> 735	FENESTRATED..... 488
..... 562, 676	Mimvey..... 387	MIRODERM
MICROAIR MESH	MIND AND MEMORY..... 735	FENESTRATED PLUS..... 488
NEBULIZER..... 497, 676	MINERIN CREME..... 459	<i>mirtazapine</i> 326
MICROBORE EXTENSION	MINI LANCING DEVICE	<i>misoprostol</i> 38
SET..... 498, 676	..... 563, 677	<i>mitomycin (pf) in water</i> 757
MICROCHAMBER..... 596, 677	MINI PLUS NEBULIZER	MITOPRIME..... 731
MICROCYN..... 419, 608	..... 497, 677	MITOSOL..... 757
MICRODOT BLOOD	MINI ULTRA-THIN II... 532, 677	MK-7..... 271
GLUCOSE SYSTEM	MINI WRIGHT PEAK FLOW	MKO (MIDAZOLAM-
..... 562, 586, 677	METER..... 580, 678	KETAMINE-ONDAN)..... 129
MICRODOT HIGH-LOW	MINIMED 630G INSULIN	M-M-R II (PF)
CONTROL..... 563, 677	PUMP 577, 678	..... 277, 281, 284, 289
MICRODOT LANCET.. 563, 677	MINIMED 770G INSULIN	M-NATAL PLUS..... 221
	PUMP 577, 678	MOBILE LANCETS.... 563, 679
		<i>modafinil</i> 308

MODERNA COVID 23-24(6M-11Y)PF.....	286	MONOJECT REGULAR LUER.....	511, 512, 681, 682	MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3.....	728
<i>moexipril</i>	196	MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP.....	512, 682	MOVE FREE ULTRA TURMERIC-TAMAR.....	735
MOISTURIZING CREAM....	459	MONOJECT SAFETY SYRINGES.....	512, 682	MOXATAG.....	3
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN.....	468	MONOJECT SMARTIP CANNULA.....	512, 682	MOXICAINE.....	432
MOITURIZING LOTION.....	459	MONOJECT SYRINGE.....	513, 533, 683	<i>moxifloxacin</i>	5, 755
<i>molindone</i>	343	MONOJECT SYRINGE ECCENTRI LUER.....	512, 682	MUCOSITISRX.....	292
MOMETACURE.....	442	MONOJECT SYRINGE LUER LOK.....	512, 682, 683	MUGARD.....	290, 292
<i>mometasone</i>	83, 453	MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER.....	513, 683	MULPLETA.....	201
Mondoxyne NI.....	9	MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE.....	513, 683	MULTAQ.....	171
MONO-FLO DRAINAGE BAG.....	491, 679	MONOJECT TB.....	513, 684	MULTI PRO.....	266
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE.....	510, 679	MONOJECT TB LUER LOK.....	513, 683	MULTIA DAILY MULTIVITAMIN.....	266
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP...	510, 679	MONOJECT TB REGULAR LUER TIP.....	513, 683	MULTI-LANCET DEVICE 2.....	563, 684
MONOJECT 3CC SYR 25GX1".....	510, 679	MONOJECT TB SAFETY SYRINGE.....	513, 683, 684	MULTITOL-M.....	266
MONOJECT ALLERGY TRAY.....	510, 679	MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE.....	514, 684	<i>multivit with min-folic acid</i>	266
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH.....	510, 679	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN...	533, 684	<i>multivit, calc, min-fa-k1-lycop</i>	266
MONOJECT BLOOD COLLECTION.....	576, 679	MONOLET LANCETS.	563, 684	<i>multivitamin</i>	252
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER.....	510, 679	MONOLET THIN LANCETS.....	563, 684	MULTIVITAMIN GUMMIES.	266
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE.....	510, 679	Mono-Linyah.....	155	MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE.....	233
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE.....	510, 679	MONOVISC.....	615	MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS.....	266
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES.....	510, 680	MONSEL'S.....	199	MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS.....	217
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 532, 533, 680		<i>montelukast</i>	84	MULTI-VIT-FLOR.....	233
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	533, 680	MORGIDOX 1X 50.....	9	MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOLIN).....	233
MONOJECT LUER ADAPTER.....	520, 680	MORGIDOX 1X100.....	10	<i>multivit-min-ferrous fumarate</i>	266
MONOJECT LUER-LOCK TIP.....	510, 680	MORGIDOX 2X100.....	10	<i>multivit-min-ferrous gluconate</i>	266
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE.....	510, 511, 681	<i>morphine</i>	101, 102	<i>mupirocin</i>	434
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER.....	511, 681	<i>morphine (pf)</i>	101	<i>mupirocin calcium</i>	434
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP.....	511, 681	<i>morphine concentrate</i>	101	MURI-LUBE.....	605
MONOJECT REG TIP NON-STERILE.....	511, 681	<i>morphine in 0.9 % sodium chlor</i>	101	MUSCUSOLICE.....	465
		MOTTEGRITY.....	46	MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI.....	65
		MOTOFEN.....	38	MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT.....	266
		MOTPOLY XR.....	316	MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT.....	266
		MOUNJARO.....	385	MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC.....	276
		MOVANTIK.....	164	MX-SOL SF.....	603
		MOVE FREE PLUS MSM....	728	MY CHOICE.....	147, 148
				MY WAY.....	147, 148
				MYALEPT.....	389

MYCAPSSA.....	386	NATESTO.....	381	NEURIVA ORIGINAL.....	735
<i>mycophenolate mofetil</i>	115, 301	NAYZILAM.....	337, 339	NEUTEK 2TEK TEST	
<i>mycophenolate sodium</i>	301	<i>nebivolol</i>	184	STRIPS.....	586, 684
MYDRIATIC4(TROP-PROP-		<i>nebulizer and compressor</i>		NEVANAC.....	759
PE-KTRLC).....	754	.....	596, 684	<i>nevirapine</i>	3
MYFEMBREE.....	403	NEBUSAL.....	603	NEW DAY.....	147, 148
MYGLUCOHEALTH		Necon 0.5/35 (28).....	155	NEW ZEALAND WHEY	
.....	563, 586, 684	<i>nefazodone</i>	327	PROTEIN.....	246
MYGLUCOHEALTH		NENDRUX.....	443	NEWFLORA.....	65
CONTROL SOLUTION.....	563, 684	<i>neomycin</i>	4	NEWGEN.....	222
MYGLUCOHEALTH		<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	765	NEXA PLUS.....	222
LANCETS.....	563, 684	<i>neomycin-bacitracin-</i>		NEXAVIR.....	443
MYHIBBIN.....	301	<i>polymyxin</i>	758	NEXIUM PACKET.....	41
MYLERAN.....	131	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	743	NEXIVA.....	499, 685
MYLK.....	230	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NEXLETOL.....	176
MYNATAL.....	221, 222	<i>dexameth</i>	765	NEXLIZET.....	179
MYNATAL ADVANCE.....	221	<i>neomycin-polymyxin-</i>		NEXOBRID.....	460
MYNATAL PLUS.....	222	<i>gramicidin</i>	758	NEXOBRID POWDER	
MYNATAL-Z.....	222	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>		COMPONENT.....	460
MYNATE 90 PLUS.....	222	.....	607, 765	NEXPLANON.....	160
MYNEPHRON.....	217	NEONATAL COMPLETE....	222	NEXTSTELLIS.....	155
MYRBETRIQ.....	749	NEONATAL FE.....	237	NGENLA.....	400
MYROSINASE.....	735	NEONATAL PLUS VITAMIN		<i>niacin</i>	169, 239
MYTESI.....	35	.....	222	<i>niacin (inositol niacinate)</i>	239
MYXREDLIN.....	402	NEONATAL-DHA.....	222	<i>niacinamide</i>	239
N.O.MAX ER.....	220	NEOPHE.....	254	Niacor.....	169
<i>nabumetone</i>	113	Neo-Polycin.....	758	<i>nicardipine</i>	182
<i>nadolol</i>	192	Neo-Polycin Hc.....	765	NICOTINAMIDE (WITH	
<i>naftifine</i>	476	NEOSALUS.....	459	CHROMIUM).....	266
<i>nalbuphine</i>	121	NEO-SYNALAR.....	437	<i>nicotine</i>	296, 297
Nalocet.....	106, 116	NEO-SYNALAR KIT.....	437	<i>nicotine (polacrilex)</i>	296
<i>naloxone</i>	165	NEOVITE.....	266	NICOTROL NS.....	297
NALTREX.....	93	NEPHRO VITAMINS.....	217	<i>nifedipine</i>	182
<i>naltrexone</i>	298	NEPHRON FA.....	217	NIGHTTIME UNDERPANTS	
NAMENDA XR.....	740	NEPHRO-VITE.....	217	L-XL.....	491, 685
NAMZARIC.....	739	NEPRO CARB STEADY....	256	Nikki (28).....	155
NANO-CHECK COVID-19		NERIVIO DIGITAL APP		<i>nilutamide</i>	146
AG TEST.....	496, 684	(MIGRAINE).....	497, 684	<i>nimodipine</i>	184
NANRAN.....	434	NERLYNX.....	142	NINJACOF-XG.....	82
NAPROTIN.....	109	NESTABS ABC.....	222	NINLARO.....	135
<i>naproxen</i>	112	NESTABS DHA.....	222	<i>nisoldipine</i>	182
<i>naproxen sodium</i>	112	NESTABS ONE.....	252	<i>nitazoxanide</i>	2
<i>naproxen-esomeprazole</i>	108	Neuac.....	481	<i>nitisinone</i>	753
<i>naratriptan</i>	367	NEUAC KIT.....	481	Nitro-Bid.....	194
NATACHEW (FE BIS-		NEULASTA.....	201	NITRO-DUR.....	194
GLYCINATE).....	222	NEULASTA ONPRO.....	201	<i>nitrofurantoin</i>	21, 743
NATACYN.....	756, 771	NEUPOGEN.....	202	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
NATAL PNV.....	241	NEUPRO.....	360	.....	21, 743
NATAZIA.....	147	NEURAPTINE.....	465	<i>nitrofurantoin monohydr/m-</i>	
<i>nateglinide</i>	376	NEURIVA DE-STRESS.....	735	<i>cryst</i>	21, 743

<i>nitroglycerin</i>	194, 410	NOVAMAX PLUS GLU-KET	Nylia 1/35 (28).....	155
NITROMIST.....	194	.....	Nylia 7/7/7 (28).....	158
NITRO-TIME.....	194	NOVAREL.....	NYMALIZE.....	184
NITYR.....	753	NOVAVAX COVID 2023-	Nymyo.....	155
NIVESTYM.....	202	24(PF)(EUA).....	NYNUTEY.....	433
<i>nizatidine</i>	39	NOVOEIGHT.....	<i>nystatin</i>	22, 291, 457
NOCDURNA (MEN).....	386	NOVOFINE 32.....	<i>nystatin-triamcinolone</i> ..	436, 437
NOCDURNA (WOMEN).....	386	NOVOFINE PLUS.....	Nystop.....	457
NOCTIVA.....	386	NOVOLIN 70/30 U-100	NYVEPRIA.....	202
NOPIOID-LMC KIT.....	612	INSULIN.....	OASIS ULTRA	
NORA-BE.....	149	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	FENESTRATED.....	479, 686
NORDITROPIN FLEXPRO..	400	U-100.....	OASIS WOUND MATRIX	
<i>norelgestromin-</i>		NOVOLIN N FLEXPEN.....	FENESTRATED.....	479, 686
<i>ethin.estradiol</i>	159	NOVOLIN N NPH U-100	OASIS WOUND MATRIX	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> ..	155	INSULIN.....	MESHED.....	479, 686
<i>norethindrone</i>		NOVOLIN R FLEXPEN.....	OB COMPLETE.....	267
<i>(contraceptive)</i>	149	NOVOLIN R REGULAR	OB COMPLETE ONE.....	222
<i>norethindrone acetate</i>	388	U100 INSULIN.....	OB COMPLETE PETITE.....	223
<i>norethindrone ac-eth</i>		NOVOPEN ECHO.....	OB COMPLETE PREMIER..	223
<i>estradiol</i>	155, 387	NOVOSEVEN RT.....	OB COMPLETE WITH DHA	223
<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		NOXAFIL.....	OBAGI ELASTIDERM.....	426
<i>iron</i>	155, 158	NOXIPAK.....	OBAGI NU-DERM	
Norgesic Forte.....	612	NP THYROID.....	BLENDER.....	426
<i>norgestimate-ethinyl</i>		NRF2 ACTIVATOR.....	OBAGI NU-DERM CLEAR..	426
<i>estradiol</i>	155, 158	NUBEQA.....	OBAGI NU-DERM	
NORITATE.....	464	NUCALA.....	SUNFADER.....	439
NORLIQVA.....	182	NUCORT.....	OBAGI-C CLARIFYING	
NORMAL SALINE FLUSH..	246	NUCYNTA.....	SERUM.....	439
NORM-JECT.....	514, 685	NUCYNTA ER.....	OBAGI-C THERAPY NIGHT	
NORM-JECT TUBERKULIN		NUEDEXTA.....	.....	439
.....	514, 685	NUFOLA.....	OBIZUR.....	212
NORMLGEL AG.....	434	NU-IRON.....	OBSTETRIX DHA.....	223
NORPACE CR.....	186	NUJO.....	OBSTETRIX DHA	
Nortrel 0.5/35 (28).....	155	NUJU.....	PRENATAL DUO.....	223
NORTREL 1/35 (21).....	155	NULIBRY.....	OBSTETRIX EC.....	223
Nortrel 1/35 (28).....	155	NUMAQUA VITAMIN..	OBSTETRIX ONE.....	223, 252
Nortrel 7/7/7 (28).....	158	NUMBONEX.....	OICALIVA.....	93
<i>nortriptyline</i>	341	NUMOISYN.....	OCELLA.....	156
NORVIR.....	24	NUPLAZID.....	<i>octreotide acetate</i>	32, 386
NOSE CLIP.....	596, 685	NURTEC ODT.....	ODACTRA.....	280
NOURIANZ.....	301	NUTRASEB.....	ODEFSEY.....	25
NOVA MAX GLUCOSE		NUTRISOURCE FIBER.....	ODOMZO.....	142
TEST.....	586, 685	NUTROPIN AQ NUSPIN....	OFEV.....	76, 137
NOVA MAX PLUS GLUC-		NUVA III.....	OFF ACTIVE.....	462
KETON METER.....	578, 685	NUVAGEL.....	OFF DEEP WOODS.....	462
NOVA SAFETY LANCETS		NUVAZIL II.....	<i>ofloxacin</i>	6, 606, 755
.....	563, 685	NUVESSA.....	OGSIVEO.....	130
NOVA SUREFLEX		NUWIQ.....	OHC COVID-19 ANTIGEN	
LANCETS.....	563, 685	NUZYRA.....	HOME TEST.....	496, 686
NOVACORT.....	466	Nyamyc.....	OJEMDA.....	138

OJJAARA.....	130	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	ON CALL VIVID METER
<i>olanzapine</i>	306, 332	KT(GEN5).....	564, 688
<i>olanzapine-fluoxetine</i>		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	ON CALL VIVID PAL
.....	306, 327, 332	(GEN 5).....	METER.....
<i>olive oil</i>	605	OMNIPOD CLASSIC PODS	ON CALL VIVID TEST
<i>olmesartan</i>	171	(GEN 3).....	STRIP.....
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		OMNIPOD DASH INTRO	ONCOPLEX.....
<i>hcthiazid</i>	180	KIT (GEN 4).....	ONCOPLEX ES.....
<i>olmesartan-</i>		OMNIPOD DASH PDM KIT	<i>ondansetron</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	183	(GEN 4).....	<i>ondansetron hcl</i>
<i>olopatadine</i>	83, 762	OMNIPOD DASH PODS	ONE A DAY MEN
OLPRUVA.....	752	(GEN 4).....	COMPLETE.....
OLUMIANT.....	118, 411	OMNIPOD GO PODS..	ONE DAILY ESSENTIAL....
OMBRA COMPRESSOR		OMNIPOD GO PODS 10	ONE DAILY MEN'S
SYSTEM.....	596, 686	UNITS/DAY.....	HEALTH.....
OMECLAMOX-PAK.....	43	OMNIPOD GO PODS 15	ONE DAILY MULTI-VIT W-
<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>	187	UNITS/DAY.....	MINERAL.....
OMEGA MONOPURE.....	188	OMNIPOD GO PODS 20	ONE DAILY MULTIVITAMIN
OMEGA MONOPURE DHA		UNITS/DAY.....	.....
EC.....	188	OMNIPOD GO PODS 25	ONE DAILY
OMEGA MONOPURE EPA		UNITS/DAY.....	MULTIVITAMIN-IRON.....
EC.....	188	OMNIPOD GO PODS 30	ONE DAILY WOMEN 50
OMEGA-3 2100.....	188	UNITS/DAY.....	PLUS(VIT K).....
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	176	OMNIPOD GO PODS 40	ONE DAILY WOMEN'S.....
<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> ..	188	UNITS/DAY.....	ONE-A-DAY MEN
OMEGA-3 KRILL OIL.....	188	OMNITROPE.....	VITACRAVES.....
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ...	188	OMVOH.....	ONE-A-DAY MEN'S 50
OMEGAPURE 900-TG.....	188	OMVOH PEN.....	PLUS.....
OMEGAPURE PRM.....	188	ON CALL EXPRESS	ONE-A-DAY MEN'S
OMEGAPURE-600 EC.....	188	CONTROL.....	COMPLETE.....
OMEGAPURE-780 EC.....	188	ON CALL EXPRESS	ONE-A-DAY PRENATAL....
OMEGAPURE-820.....	188	METER.....	ONE-A-DAY PRENATAL-1 .
OMEGAPURE-900 EC.....	189	ON CALL EXPRESS TEST	ONE-A-DAY TRIPLE
<i>omeprazole</i>	41	STRIP.....	IMMUNE SUPPRT.....
<i>omeprazole-sodium</i>		ON CALL LANCET.....	ONE-A-DAY TRUBIOTICS...
<i>bicarbonate</i>	54	ON CALL LANCING	ONE-A-DAY WOMEN
OMEZA.....	421	DEVICE.....	VITACRAVES.....
OMNARIS.....	83	ON CALL PLUS CONTROL	ONE-A-DAY WOMEN'S 50
OMNI-BIOTIC AB-10.....	65	.....	PLUS.....
OMNI-BIOTIC BALANCE.....	65	ON CALL PLUS LANCET	ONE-A-DAY WOMEN'S
OMNI-BIOTIC HETOX.....	65	.....	COMPLETE.....
OMNI-BIOTIC PANDA.....	65	ON CALL PLUS LANCING	ONE-DAILY MULTI.....
OMNI-BIOTIC STRESS		DEVICE.....	ONETOUCH DELICA PLUS
RELEASE.....	65	ON CALL PLUS METER	LANC DEV.....
OMNIFLEX DIAPHRAGM		.....	ONETOUCH DELICA PLUS
.....	492, 686	ON CALL PLUS TEST	LANCET.....
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		STRIP.....	ONETOUCH DELICA
(GEN 5).....	575, 686	ON CALL VIVID CONTROL	SAFETY LANCET.....
OMNIPOD 5 G6 PODS		.....	ONETOUCH ULTRA
(GEN 5).....	575, 686		CONTROL.....

ONETOUCH ULTRA TEST 586, 688	OPTICHAMBER DIAMOND- SML MASK..... 597, 689	<i>oseltamivir</i> 22
ONETOUCH ULTRA2 METER..... 564, 689	OPTICLEANSE GHI..... 257	OSMOLEX ER..... 360
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET..... 564, 689	OPTIMAG 125..... 232	OSSOPAN MD..... 229
ONETOUCH VERIO FLEX METER..... 564, 689	OPTIMAG NEURO..... 232	OSSOPAN-1100..... 229
ONETOUCH VERIO FLEX START..... 564, 689	OPTIMAG PLUS CALCIUM 230	OSTACHOL..... 244
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL..... 565, 689	OPTION-2..... 147, 148	OSTEOPRIME PLUS CALC- MAGNESIUM..... 231
ONETOUCH VERIO MID CONTROL..... 565, 689	OPTIUM EZ..... 587, 689	OSTEO-VIT3..... 219
ONETOUCH VERIO REFLECT..... 565, 689	OPTIUM TEST..... 587, 689	OTEZLA..... 118, 413
ONETOUCH VERIO REFLECT METER..... 565, 689	OPTUMRX... 565, 587, 689, 690	OTEZLA STARTER.... 118, 413
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS..... 587, 689	OPVEE..... 165	OTREXUP (PF)..... 123
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN..... 252	OPZELURA..... 422	OVACE PLUS..... 435
ONEXTON..... 481	ORACIT..... 743	OVACE PLUS SHAMPOO.. 434
ONGENTYS..... 335	ORAFATE..... 292	OVAL TAPE..... 565, 690
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST..... 496, 689	ORALAIR..... 280	OVEGA-3..... 189
ON-THE-GO LANCETS 565, 689	Oralene..... 291	OVIDREL..... 396
ONUREG..... 133	ORALYTE..... 248	<i>oxaprozin</i> 112
ONZDEAXIADEMTAR..... 483	ORAMAGICRX..... 291	<i>oxazepam</i> 337, 354
ONZDEAXIADEMVAR..... 483	ORAPEUTIC..... 291	OXBRYTA..... 215, 216
ONZDEAXIATAR..... 483	ORAQIX..... 293	<i>oxcarbazepine</i> 319
ONZDEAXIAVAR..... 483	ORAVIG..... 27	OXERVATE..... 768
ONZDEAXIAZAR..... 483	ORAXINOL..... 736	OXIACE..... 474
ONZDEOXIA..... 481	<i>oregano oil-flaxseed oil</i> 736	OXIANUJO..... 455
ONZETRA XSAIL..... 367	ORENCIA..... 120	OXIANUJO (WITH HYALURONATE)..... 455
OPCICON ONE-STEP 147, 148	ORENCIA CLICKJECT..... 120	OXIATAR..... 484
OPFOLDA..... 750	ORENITRAM..... 166	OXIAVAR..... 484
OPILL..... 149	ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT..... 166	OXIAVARRY..... 484
<i>opium tincture</i> 31, 35	ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT..... 166	OXIAVARY..... 484
OPSUMIT..... 189	ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT..... 166	OXIAZAR..... 484
OPSYNVI..... 165	ORFADIN..... 753	<i>oxiconazole</i> 471
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE..... 596, 689	ORGANIC NIPPLE BALM.. 459	OXISTAT..... 471
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK..... 597, 689	ORGOVYX..... 140	OXTELLAR XR..... 319, 320
OPTICHAMBER DIAMOND VHC..... 597, 689	ORIAHNN..... 403	<i>oxybutynin chloride</i> 745
OPTICHAMBER DIAMOND- MED MSK..... 597, 689	ORILISSA..... 403	<i>oxycodone</i> 102
	ORKAMBI..... 85	<i>oxycodone-acetaminophen</i> 106, 107, 116
	ORLADEYO..... 195	OXYCONTIN..... 102, 103
	Ormalvi..... 612	<i>oxymorphone</i> 103
	<i>orphenadrine citrate</i> 614	OXYTROL..... 746
	<i>orphenadrine-asa-caffeine</i> ... 612	OYSTER SHELL CALCIUM 500..... 229
	Orphengesic Forte..... 612	OYSTER SHELL CALCIUM- VIT D3..... 249
	ORSERDU..... 132	OZEMPIC..... 385
	ORTHOVISC..... 615	Pacerone..... 171
	ORTIKOS..... 56	PACNEX HP..... 485
	OSAPLEX..... 231	PACNEX LP..... 485
	OSAPLEX MK-7..... 230	PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY..... 439
	OSCIMIN..... 38, 745	
	OSCIMIN SL..... 38, 745	

PAIN EASE MIST SPRAY ...	440	<i>paroxetine</i>		PENTIPS.....	534, 691
PAINGO KFT	478	<i>mesylate(menop.sym)</i>	399	<i>pentoxifylline</i>	216
PALFORZIA (LEVEL 1).....	285	PASER.....	2	PEPCIX.....	245
PALFORZIA (LEVEL 2).....	285	PAXLOVID	26	PEPTAMEN JUNIOR PHGG	
PALFORZIA (LEVEL 3).....	285	<i>pazopanib</i>	137	.....	257
PALFORZIA (LEVEL 4).....	285	PCCA ACCUPEN-15...493, 690		Percocet.....	107, 116
PALFORZIA (LEVEL 5).....	285	PCCA SUSPENDIT		<i>perindopril erbumine</i>	196
PALFORZIA (LEVEL 6).....	285	ANHYDROUS.....	604	Periogard.....	293
PALFORZIA (LEVEL 7).....	285	PEAK AIR PEAK FLOW		<i>permethrin</i>	413
PALFORZIA (LEVEL 8).....	285	METER.....	580, 690	<i>perphenazine</i>	313
PALFORZIA (LEVEL 9).....	285	<i>pedi multivit no.194-iron sulf</i> 276		<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	327
PALFORZIA (LEVEL 10).....	285	PEDIALYTE SPARKLING		PERSONAL BEST FULL	
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-		RUSH.....	248	RANGE	580, 691
DOSE).....	285	PEDIATRIC BEAR		PERSONAL BEST LOW	
PALFORZIA INITIAL DOSE	285	NEBULIZER.....	597, 690	RANGE	580, 691
PALFORZIA LEVEL 11		PEDIATRIC COMP-AIR		PERTZYE.....	55
MAINTENANCE.....	286	COMPRES NEB.....	597, 690	PETROLEUM GAUZE.577, 691	
<i>paliperidone</i>	342	PEDIATRIC DINOSAUR		PFIZER COVID 2023-24(5Y-	
PALYNZIQ.....	751	NEBULIZER.....	597, 691	11Y)PF.....	287
PANCREAZE.....	55	PEDIATRIC DOG		PFIZER COVID 2023-	
PANDEL.....	453	NEBULIZER.....	597, 691	24(6MO-4Y)PF.....	287
PANRETIN.....	465	PEDIATRIC D-VITE.....	219	PFLEX INSPIRATORY	
<i>pantethine</i>	239	PEDIATRIC ELECTROLYTE		TRAINER.....	597, 691
<i>pantoprazole</i>	41	.....	248	PHARMABASE BARRIER...461	
PANXYME PH.....	55	PEDIATRIC FROG		PHARMACIST CHOICE	
<i>papaverine</i>	197	NEBULIZER.....	597, 691	.....	587, 691
PARADIGM RESERVOIR		<i>pediatric multivitamin no.171</i>		PHARMACIST CHOICE	
.....	533, 534, 690	.....	232	GLUCOSE SYS.....	565, 691
PARAGARD T 380A.....	162	PEDIATRIC POLY-VITE.....	233	PHASEAL ASSEMBLY	
PARI BABY CONV KIT -		PEDIATRIC POLY-VITE		FIXTURE.....	520, 692
SIZE 1.....	597, 690	WITH IRON.....	276	PHASEAL CONNECTOR	
PARI BABY CONV KIT -		PEDIATRIC TRI-VITE.....	233	LUER LOCK.....	520, 692
SIZE 2.....	597, 690	<i>peg 3350-electrolytes</i>	48	PHASEAL INFUSION	
PARI BABY CONV KIT -		<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-</i>		ADAPTER.....	520, 692
SIZE 3.....	597, 690	<i>asb-c</i>	49	PHASEAL INFUSION	
PARI LC SPRINT		PEGASYS.....	23	CLAMP.....	520, 692
NEBULIZER SET.....	497, 690	<i>peg-electrolyte soln</i>	49	PHASEAL INJECTOR LUER	
PARI LC SPRINT SINUS		PEMAZYRE.....	134	.....	520, 692
.....	497, 690	PEN NEEDLE.....	534, 691	PHASEAL INJECTOR LUER	
PARI SINUS AEROSOL		<i>pen needle, diabetic</i>	534, 691	LOCK.....	520, 692
SYSTEM.....	597, 690	<i>pen needle, diabetic, safety</i>		PHASEAL PROTECTOR	
PARI TREK S COMBO		.....	534, 691	.....	521, 692
PACK.....	597, 690	PENBRAYA (PF).....	279	PHASEAL SECONDARY	
PARI TREK S COMPACT		<i>penciclovir</i>	414	SET.....	499, 692
COMPRESSOR.....	597, 690	<i>penicillamine</i>	119, 163	PHASEAL Y-SITE.....	499, 692
PARI TREK S PORTABLE		<i>penicillin v potassium</i>	25	PHEBURANE.....	752
PWR KIT.....	597, 690	PENNSAID.....	427	PHEDRAX.....	436
<i>paricalcitol</i>	751	<i>pentamidine</i>	29	<i>phenazopyridine</i>	741
<i>paromomycin</i>	3	PENTASA.....	30	<i>phenelzine</i>	343
<i>paroxetine hcl</i>	355	<i>pentazocine-naloxone</i>	121	PHENEX-1.....	245, 254

PHENEX-2.....	254	PIQRAY.....	136	PONVORY 14-DAY	
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i>		<i>pirfenidone</i>	77	STARTER PACK.....	408
<i>scop</i>	37	<i>piroxicam</i>	112	POPULUS COMPOSITUM..	295
<i>phenobarbital</i>	315, 353	PIVOT SILVER ALGINATE.	421	PORTABLE NEBULIZER	
PHENOHYTRO.....	37	PIXEL COVID19 HOME		SYSTEM.....	598, 693
<i>phenol</i>	607	COLLECT KIT.....	496, 692	Portia 28.....	156
<i>phenoxybenzamine</i>	196	PLANTAGO-HOMACCORD	295	<i>posaconazole</i>	12
<i>phenylephrine hcl</i>	767	PLATINUM GLUCOSE		<i>potassium chloride</i>	250
<i>phenyleph-tropicamide in</i>		METER.....	565, 693	<i>potassium citrate</i>	250, 743
<i>water</i>	757	PLATINUM TEST STRIP		<i>potassium citrate-citric acid</i> .	743
<i>phenytoin</i>	322	.....	587, 693	<i>potassium gluconate</i>	250
<i>phenytoin sodium extended</i>	322	PLEGRIDY.....	407, 408	<i>potassium iodide</i>	232
PHEODOYO.....	434	PLENVU.....	49	<i>potassium, sodium</i>	
PHEOXIA.....	436	PLEXION NS.....	435	<i>phosphates</i>	253
PHEXXI.....	159	PMS SOOTHE.....	736	<i>povidone-iodine</i>	756
PHEYO.....	437	PNEUMOVAX-23.....	278	PR BENZOYL PEROXIDE..	485
Philith.....	156	PNV TABS 20-1.....	241	PR CREAM.....	440
PHLEXY-VITS.....	268	PNV-DHA.....	252	PR NATAL 400.....	224
PHOSPHALINE.....	167	PNV-DHA + DOCUSATE...	223	PR NATAL 400 EC.....	224
PHOSPHOLINE IODIDE....	757	PNV-OMEGA.....	268	PR NATAL 430.....	224
PHOSPHOROUS		PNV-SELECT.....	223	PR NATAL 430 EC.....	224
SUPPLEMENT.....	253	POCKET CHAMBER...	598, 693	PRADAXA.....	207
PHOTREXA.....	760	POCKET PEAK FLOW		PRAKETAMIDE.....	465
PHOTREXA CROSS-		METER.....	580, 693	<i>pralidoxime</i>	164
LINKING KIT.....	760	PODOCON.....	424	PRALUENT PEN.....	176, 178
PHOTREXA VISCOUS.....	760	<i>podofilox</i>	424	<i>pramipexole</i>	360, 361
PHYSIOLYTE.....	271	POGO AUTOMATIC		PRAMOSONE.....	466
PHYSIOSOL IRRIGATION..	271	BLOOD GLUC SYS....	565, 693	<i>prasterone (dhea)</i>	729
<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ..	271	POKONZA.....	250	<i>prasugrel</i>	207
PIFELTRO.....	3	POLY HUB NEEDLE..	514, 693	<i>pravastatin</i>	175
PIKO 1.....	580, 692	Polycin.....	758	<i>praziquantel</i>	2
PILLOW MASK CHILD	598, 692	<i>polymyxin b sulf-</i>		<i>prazosin</i>	196
<i>pilocarpine hcl</i>	291, 756	<i>trimethoprim</i>	758	PREBIOMAX.....	65
PILOT COVID-19 AT-HOME		<i>polysaccharide iron complex</i>		PREBIOTIC FIBER.....	45
TEST.....	496, 692	.....	237	PREBIOTIC FIBER (FOS)....	45
<i>pimecrolimus</i>	456	<i>polysorbate 80</i>	604	PREBIOTIC INULIN-FOS....	45
<i>pimozide</i>	342	POLY-TUSSIN AC.....	81	PRECISION.....	565, 693
Pimtree (28).....	161	POLY-VI-FLOR		PRECISION GLUCOSE	
<i>pindolol</i>	197	(ARCOFOLIN).....	233	CONTROL SOLN.....	565, 693
<i>pioglitazone</i>	392	POLY-VI-FLOR DROPS....	234	PRECISION	
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	384	POLY-VI-FLOR DROPS		GLUCOSE/KETONE	
<i>pioglitazone-metformin</i>	384	(ARCOFOLIN).....	233	CONTR.....	565, 693
PIP BLOOD GLUCOSE		POLY-VI-FLOR IRON		PRECISION PCX PLUS	
MONITOR.....	565, 692	DROP(ARCOFO).....	234	TEST.....	587, 693
PIP BLOOD GLUCOSE		POLY-VI-FLOR W-		PRECISION PCX TEST	
TEST STRIP.....	587, 692	IRON(ARCOFOLIN).....	234	.....	587, 693
PIP GLUCOSE CONTROL		POLY-VITA DROPS.....	233	PRECISION POINT OF	
SOLN L1-L2.....	565, 692	POLY-VITA WITH IRON....	276	CARE TEST.....	587, 693
PIP LANCET.....	565, 692	POMALYST.....	144		
PIP PEN NEEDLE.....	534, 692	PONVORY.....	408		

PRECISION Q-I-D TEST.....587, 693	PREMIER TEST STRIP.....587, 694	PRENATE ESSENTIAL(IRON-ASP-GL) .....253
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE...578, 693	PREMIER VOICE GLUCOSE METER..... 566, 694	PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN).....226
PRECISION XTRA MONITOR.....565, 693	PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR.566, 694	PRENATE PIXIE.....226
PRECISION XTRA TEST.....587, 693	PREMIUM V10.... 566, 587, 694	PRENATE RESTORE.....226
PRED MILD.....764	PREMPHASE.....387	PRENATE STAR.....226
<i>prednicarbate</i>.....453	PREMPRO.....387	PREPIDIL.....391
<i>prednisoln sp-moxiflox- bromfen</i>.....766	PRENA1 CHEW.....224	PRESERA.....459
<i>prednisolone</i>.....395	PRENA1 PEARL.....224	PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV.....268, 731
<i>prednisolone acetate</i>.....764	PRENA1 TRUE.....224	PRESERVISION AREDS-2.731
<i>prednisolone acetate (pf)</i>.....764	PRENAISSANCE.....224	PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....566, 694
<i>prednisolone acetate- bromfenac</i>.....767	PRENAISSANCE PLUS.....224	PRESTALIA.....193
<i>prednisolone acetate- nepafenac</i>.....767	PRENATA.....224	PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER.....566, 694
<i>prednisolone sod ph-bromf (pf)</i>.....767	PRENATABS FA.....224	<i>pretomanid</i>.....20
<i>prednisolone sod ph- moxiflox</i>.....765	PRENATABS RX.....224	Prevalite.....170
<i>prednisolone sodium phosphate</i>.....395, 764	PRENATAL 19.....225	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....534, 694
<i>prednisolone-moxiflo- nepafenac</i>.....766	PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE).....225	PREVNAR 20 (PF).....278
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl</i>.....765	PRENATAL ESSENTIALS..225	PREVYMIS.....1
<i>prednisolone-moxiflox- bromfen</i>.....766	PRENATAL GUMMIES (DHA-EPA).....268	PREZCOBIX.....21, 23
<i>prednisolon-moxiflox- bromf(pf)</i>.....766	PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) .....241	PREZISTA.....24
<i>prednisone</i>.....395	PRENATAL MULTI- DHA(WITH VIT K).....225	PRIFTIN.....18, 26
PREDNISON INTENSOL..395	PRENATAL MULTIVITAMINS.....225	PRILO PATCH.....467
<i>pregabalin</i> 304, 305, 311, 312, 316, 359, 364, 365	PRENATAL PLUS.....225	PRILOSEC.....41
PREGEN DHA.....224	PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB).....225	PRIMACARE.....226
PREGNYL.....397	PRENATAL PLUS DHA.....225	PRIMADOPHILUS BIFIDUS..65
PREHEVBRIO (PF).....290	PRENATAL PLUS VITAMIN- MINERAL.....225	PRIMADOPHILUS ORIGINAL.....65
PRELIEF.....37	PRENATAL VITAMIN.....225	<i>primaquine</i>.....13
PREMARIN.....393, 609	PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....226	PRIMEAIRE.....598, 694
PREMIER BLU GLUCOSE METER.....565, 693	PRENATAL-U.....252	PRIMIDAR.....66
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER.....566, 693	PRENATE AM.....252	<i>primidone</i>.....315
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER.....566, 693	PRENATE CHEWABLE.....252	Primlev.....107, 117
	PRENATE DHA.....252	PRIMSOL.....4
	PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN).....226	PRIORIX (PF) .....277, 281, 284, 289
	PRENATE ELITE.....226	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....534, 694
	PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC).....226	PRO COMFORT LANCET.....566, 694
	PRENATE ENHANCE.....226	PRO COMFORT PEN NEEDLE.....534, 694
	PRENATE ESSENTIAL.....253	PRO COMFORT SAFETY LANCET.....566, 694

PRO COMFORT TENS	PROBIOTIC PEARLS	PRODIGY VOICE
ELECTRODE.....489, 694	ACIDOPHILUS..... 68	GLUCOSE METER..... 567, 696
PRO COMFORT TENS	PROBIOTIC PEARLS	PROFILNINE..... 214
UNIT..... 490, 695	WOMEN'S..... 68	PROFINAC..... 427
PRO VOICE V8 GLUCOSE	PROBIOTIC YEAST	PROFOLA..... 268
MONITOR.....566, 695	SUPPORT..... 68	<i>progesterone</i> 388
PRO VOICE V8-V9 TEST	PROBIOTIC-IMMUNE..... 68	<i>progesterone micronized</i> 388
STRIP..... 587, 695	PROBIZEN..... 68	PROGRAF..... 300
PRO VOICE V9 GLUCOSE	PROCARE COMPRESSOR	PROLASTIN-C..... 88
MONITOR.....566, 695	NEBULIZER..... 598, 695	Prolate..... 107, 117
PROAIR DIGIHALER..... 86	PROCARE PEDIATRIC	PROMACTA..... 201
PROAIR RESPICLICK..... 87	NEBULIZER..... 598, 695	PROMELLA..... 68
PROBACAP.....66	PROCARE SPACER WITH	<i>promethazine</i>.....34, 73, 75
<i>probenecid</i>.....738	ADULT MASK.....598, 695	Promethazine Vc..... 74
<i>probenecid-colchicine</i>.....737	PROCARE SPACER WITH	<i>promethazine-codeine</i> 87
PROBICHEW..... 66	CHILD MASK.....598, 695	<i>promethazine-dm</i>.....77
PROBIO DEFENSE.....66	PROCEL SINGLES..... 246	Promethegan..... 34, 73, 75
PROBIOMAX 350 DF..... 66	PRO-CEPTION.....490, 695	PROMISEB.....435, 459
PROBIOMAX COMPLETE	PROCHAMBER.....598, 695	PRONAL.....443
DF.....66	<i>prochlorperazine</i> 34	PRONEB MAX
PROBIOMAX DAILY DF.....66	<i>prochlorperazine maleate</i>	COMPRESSOR-LC PLUS
PROBIOMAX DF..... 66	..... 33, 313	..... 598, 696
PROBIOMAX IG 26 DF..... 66	PROCORT.....411	PRONEB MAX
PROBIOMAX LEAN DF.....66	PROCRIT..... 203	COMPRESSR-LC SPRINT
PROBIOMAX PLUS DF.....66	PROCTOFOAM HC.....411	..... 598, 696
PROBIOMAX SB DF..... 67	Procto-Med Hc.....410, 454	PRONEB ULTRA II FILTER
PROBIOMAX SERENITY.....67	Proctosol Hc..... 410, 454	ASSEM..... 598, 696
PROBIONEXX.....67	Proctozone-Hc..... 410, 454	PROOXIA..... 439
PROBIOTIC..... 68	PROCYSBI..... 742	<i>propafenone</i> 191
PROBIOTIC (B.	PRODIGY AUTOCODE	<i>proparacaine</i>.....768
COAGULANS).....67	METER..... 566, 695	PROPIMEX-2..... 254
PROBIOTIC (S.BOULARDII).67	PRODIGY AUTOCODE	<i>propranolol</i> 192
PROBIOTIC (WITH	MONITOR SYST..... 566, 695	<i>propranolol-</i>
VITAMIN D3)..... 67	PRODIGY CONTROL	<i>hydrochlorothiazid</i> 180
PROBIOTIC	SOLUTION, LOW..... 566, 695	<i>propylthiouracil</i> 374
ACIDOPHILUS(14-STRN).....67	PRODIGY CONTROL	PROSILK..... 601, 696
PROBIOTIC COLON	SOLUTION,HIGH..... 566, 695	PROSILK GEL.....440
SUPPORT..... 67	PRODIGY INSULIN	PROSOURCE..... 247
PROBIOTIC DIGEST SUPP	SYRINGE..... 535, 695, 696	PROTECT IRON LIQUID... 238
(4-STRN).....67	PRODIGY LANCETS.. 566, 696	PROTHELIAL..... 292
PROBIOTIC DIGEST SUPP	PRODIGY LANCING	<i>protriptyline</i> 341
(6-STRN)..... 67	DEVICE..... 566, 696	PROTYL AG..... 422
PROBIOTIC	PRODIGY MINI-MIST	PROVENT..... 598, 696
DIGEST(L.RHAM,INULN)..... 67	NEBULIZER..... 497, 696	PROVENT STARTER. 598, 696
PROBIOTIC	PRODIGY NO CODING	PROVIDA OB..... 226
DIGEST(LACTO,BIFIDO).....68	..... 587, 696	PROVIMIN.....257
PROBIOTIC DUO..... 68	PRODIGY POCKET METER	PROVISC..... 761
PROBIOTIC FORMULA	..... 566, 696	PROXIVOL..... 433
(INULIN)..... 68	PRODIGY TWIST TOP	PRUCLAIR..... 459
	LANCET..... 567, 696	PRUMYX..... 459

PS1 ACIURGY PACK.....	418	QUAKE VIBRATORY PEP		RAPPORT VACUUM	
PS2 ACIURGY PACK.....	418	.....	599, 697	THERAPY.....	574, 698
PSORINOHEEL.....	295	<i>quazepam</i>	337, 353	<i>rasagiline</i>	338
<i>psyllium husk</i>	46	<i>quercetin</i>	270	RASUVO (PF).....	123, 124
<i>psyllium husk (with sugar)</i>	45	<i>quetiapine</i>	306, 334	RATE FLOW REGULATOR	
<i>pterostilbene</i>	736	QUICKVUE AT-HOME		IV SET.....	499, 698
PTS COLLECT CAPILLARY		COVID-19 TEST.....	496, 697	RAVICTI.....	752
TUBE.....	490, 696	QUICKVUE SARS		RAYALDEE.....	751
PTS PANELS EGLU TEST		ANTIGEN.....	496, 697	RAYASAL.....	424
STRIP.....	587, 696	QUIDROXZAR.....	423	RAYASORE KIT.....	418
PULMICORT FLEXHALER... 79		QUIHOXAXIA.....	423	RAYOS.....	395
PULMO-AIDE		QUIHOXVAR.....	423	REBIF (WITH ALBUMIN)....	408
COMPRESSOR.....	598, 696	QUILLICHEW ER.....	348	REBIF REBIDOSE.....	408
PULMONEB LT		QUILLIVANT XR.....	349	REBIF TITRATION PACK... 408	
COMPRESSOR NEBUL		<i>quinapril</i>	196	REBINYN.....	214
.....	598, 696	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		REBYOTA.....	29
PULMOZYME.....	89	.....	194	RECEDO.....	441
PURACOL PLUS AG... 422, 697		<i>quinidine gluconate</i>	186	Reclipsen (28).....	156
PURATHICK.....	604	<i>quinidine sulfate</i>	186	RECOMBINATE.....	212
PURE COMFORT		<i>quinine sulfate</i>	13	RECOMBIVAX HB (PF).....	290
LANCETS.....	567, 697	QUINIXIL.....	442	RECONSTITUBE.....	490, 698
PURE COMFORT PEN		QUINJA.....	426	RECORLEV.....	389
NEEDLE.....	535, 697	QUINTET AC.....	567, 587, 697	RECOTHROM.....	199
PURE COMFORT SAFETY		QUINTET BLOOD		RECOTHROM SPRAY KIT. 199	
LANCETS.....	567, 697	GLUCOSE METER....	567, 697	RECTIV.....	410
PURE COMFORT SAFETY		QUINTET GLUCOSE TEST		<i>red beet root-sour cherry ext</i>	
PEN NEEDLE.....	535, 697	STRIPS.....	587, 697	.....	736
PUREAIR MINI NEBULIZER		QUIT 2.....	297	<i>red yeast rice</i>	736
.....	598, 697	QUIT 4.....	297	<i>red yeast rice extract</i>	736
PURECOMFORT PEAK		QULIPTA.....	361	REFUAH PLUS.....	587, 698
FLOW METER.....	580, 697	QUTENZA.....	413	REFUAH PLUS GLUCOSE	
PURELAN.....	443	QUVIVIQ.....	336	CONTROL.....	567, 698
PURIXAN.....	133	QVAR REDIHALER.....	79	REFUAH PLUS GLUCOSE	
PUSH BUTTON SAFETY		<i>rabeprazole</i>	41	MONITOR.....	567, 698
LANCETS.....	567, 697	RADIAGEL.....	443	REGENECARE.....	433
<i>pyrazinamide</i>	20	RADIAPLEXRX.....	441	REGENECARE WITH ALOE	
<i>pyridostigmine bromide</i>	611	RADICAVA ORS.....	611	.....	433
<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> 239, 240		RADICAVA ORS STARTER		REGIOCIT (EUA).....	213
<i>pyrimethamine</i>	13	KIT SUSP.....	611	REGRANEX.....	413
PYRUKYND.....	215	RADIOGARDASE.....	164, 165	REGULOID (ASPARTAME).. 46	
QBRELIS.....	196	RAGWITEK.....	280	REGULOID (PSYLLIUM	
QBREXZA.....	427	<i>raloxifene</i>	391	HUSK).....	46
Q-CARE RX Q2.....	600	<i>ramelteon</i>	356	REGULOID (PSYLLIUM	
Q-CARE RX Q4.....	600	<i>ramipril</i>	196	HUSK-SUCRO).....	46
QELBREE.....	371, 372	RANGER READY		REGULORA IBS DIGITAL	
QINLOCK.....	138	REPELLENT.....	462	APP.....	497, 698
QNASL.....	83, 84	<i>ranolazine</i>	191	REJUVAFLOR.....	68
QTERN.....	389	RAPID SARS-COV-2 AG		RELAFEN DS.....	113
		HOME TEST.....	496, 697	RELAGARD.....	610
				RELAX NIGHT CALM.....	357

RELENZA DISKHALER.....22	RESPA-AR..... 74	RIGHTEST GM260
RELEUKO..... 202	RESTASIS.....765	GLUCOSE METER..... 568, 699
RELEXII..... 349, 350	RESTASIS MULTIDOSE.....765	RIGHTEST GM550
RELIAMED LANCET...567, 698	RESTORE..... 422, 577, 699	SYSTEM.....568, 699
RELIAMED MINI LANCING	RESTORE CALCIUM	RIGHTEST GM700SB
DEVICE..... 567, 698	ALGINATE.....422	GLUCOSE METER..... 568, 700
RELIAMED SAFETY SEAL	RESTORE FUSION RENAL	RIGHTEST GS250S TEST
LANCETS..... 567, 698	SUPPORT..... 257	STRIPS.....588, 700
RELIAMED TWIST AND	RESTORE RENAL	RIGHTEST GS260 TEST
CAP LANCET..... 567, 698	SUPPORT..... 257	STRIPS.....588, 700
RELION ALL-IN-ONE	<i>resveratrol-ascorbic acid</i> 736	RIGHTEST GS550 TEST
METER..... 567, 698	RETACRIT.....203	STRIPS.....588, 700
RELION CONFIRM..... 567, 698	RETEVMO..... 141	RIGHTEST GS700 TEST
RELION CONFIRM-MICRO	RETIN-A MICRO PUMP.....486	STRIP..... 588, 700
.....587, 698	REUSABLE NEBULIZER	RIGHTEST GT333
RELION MICRO GLUCOSE	KIT..... 599, 699	GLUCOSE METER..... 568, 700
MONITOR.....567, 698	REVCOVI..... 162	RIGHTEST GT333 LEV 2
RELION PRIME METER	REVEAL BLOOD	CTRL SOLN..... 568, 700
.....567, 698	GLUCOSE METER..... 567, 699	RIGHTEST GT333 TEST
RELION PRIME TEST	REVEAL TEST STRIP.588, 699	STRIP..... 588, 700
STRIPS.....588, 698	REVITAFLO..... 69	RIGHTEST MAX PLUS
RELION ULTIMA..... 588, 698	REXULTI..... 333, 334	GLUCOSE MTR..... 568, 700
RELISTOR..... 164	REYATAZ..... 24	RIGHTEST MAX TEST
RELIZORB.....521, 699	REYVOW.....362	STRIP..... 588, 700
RELTONE.....32	REZDIFFRA..... 93	<i>riluzole</i> 614
REMEDIENT..... 268	REZLIDHIA..... 136	<i>rimantadine</i>.....23
REMIFEMIN MENOPAUSE 736	REZUROCK..... 119	<i>ringer's</i>.....271
RENACARB.....229	REZVOGLAR KWIKPEN.....378	RINVOQ..... 31, 118, 423
RENACIDIN.....742	RHOFADE.....464	RIOMET ER.....381
RENAMENT..... 257	RHOPRESSA.....770	<i>risedronate</i>.....390
RENEEL..... 295	<i>ribavirin</i>.....2, 22	<i>risperidone</i>.....306, 342
<i>repaglinide</i> 376	<i>riboflavin (vitamin b2)</i> 239	RITEFLO AEROCHAMBER
REPATHA PUSHTRONEX	<i>ribose</i>.....255	.....599, 700
.....177, 178	RIDAURA..... 120	<i>ritonavir</i>.....24
REPATHA SURECLICK	<i>rifabutin</i> 18, 26	<i>rivastigmine</i> 739
.....177, 178	<i>rifampin</i> 18, 26	<i>rivastigmine tartrate</i> 739
REPATHA SYRINGE.. 177, 179	RIGHTEST CONTROL	RIVELSA..... 147
REPEL.....462	SOLUTION HIGH..... 568, 699	RIVFLOZA..... 749
REPEL SPORTSMEN.....462	RIGHTEST CONTROL	RIXUBIS..... 214
REPHRESH PRO-B..... 68	SOLUTION NORM..... 568, 699	<i>rizatriptan</i>.....367
REPLENS EXTERNAL	RIGHTEST GC250S CNTRL	<i>r-lipoic acid-biotin</i>.....731
COMFORT..... 610	SOL NORM..... 568, 699	R-NATAL OB..... 226
REPLICARE DRESSING	RIGHTEST GC700 LEV 2	ROAOXIA..... 476
.....422, 699	CTRL SOLN..... 568, 699	ROBINSON CLEAR VINYL
REPLICARE THIN.....422, 699	RIGHTEST GD500	CATHETER..... 519, 700
REPLICARE ULTRA	LANCING DEVICE..... 568, 699	ROCKLATAN.....769
DRESSING.....422, 699	RIGHTEST GL300	<i>roflumilast</i> 79
REPOZEN SLEEP AID.....357	LANCETS..... 568, 699	ROLVEDON..... 202
RESISTANCE FORMULA	RIGHTEST GM250S	<i>ropinirole</i>.....361
PROBIOTIC.....69	GLUCOSE METER..... 568, 699	Rosadan..... 464

ROSADAN.....	464	SALOXICIN.....	736	SELF-CATHETER, FEMALE	
ROSULA.....	481	<i>salsalate</i>	110	.....	519, 702
ROSULA CLEANSING		SALVAX.....	425	SELZENTRY.....	26
CLOTHS.....	481	SALVAX DUO PLUS.....	472	SEMGLEE(INSULIN	
<i>rosuvastatin</i>	175	SALYNTRA.....	425	GLARGINE-YFGN).....	378
ROSZET.....	190	SAMBUCUS ELDERBERRY		SEMGLEE(INSULIN	
ROTARIX.....	277, 284	ORIGINAL.....	736	GLARG-YFGN)PEN.....	378
ROTATEQ VACCINE..	277, 285	SAMBUCUS ELDERBERRY		SE-NATAL 19 CHEWABLE..	227
ROXYBOND.....	103	VITAMIN C.....	242	SE-NATAL-19.....	227
ROZLYTREK.....	138	SAMI THE SEAL.....	599, 702	SENIOR PROBIOTIC.....	69
RUBBER MOUTHPIECE		SAMI THE SEAL MASK		SENOKOT.....	71
.....	599, 700	.....	599, 702	SENOKOT KIDS.....	71
RUBRACA.....	136	SANADERMRX.....	442	SENOKOT-CHAMOMILE.....	71
RUCONEST.....	200	SANCUSO.....	42	SEREVENT DISKUS.....	86
<i>rufinamide</i>	321, 322	SANDIMMUNE.....	115, 300	SERNIVO.....	454
RUKOBIA.....	15	SANTYL.....	443	SEROQUEL XR.....	334
RYALTRIS.....	73	<i>sapropterin</i>	751	SEROSTIM.....	400
RYBELSUS.....	385	SAROXIA.....	484	<i>sertraline</i>	355
RYDAPT.....	138	SAVAYSA.....	209	<i>sesame oil</i>	605
RYDEX.....	81	SAVELLA.....	302, 303, 340	Setlakin.....	156
RYLAZE.....	143	<i>saw palmetto</i>	736	<i>sevelamer carbonate</i>	748
RYNODERM.....	424	SAWYER CONTROLLED		<i>sevelamer hcl</i>	748
RYPLAZIM.....	215	RELEASE.....	462	SEVENFACT.....	214
RYTARY.....	360	<i>saxagliptin</i>	404	<i>sevoflurane</i>	128
SABAL-HOMACCORD.....	295	<i>saxagliptin-metformin</i>	405	SEYSARA.....	10, 469
SABRIL.....	322	SCALACORT DK.....	454	SF.....	294
<i>saccharin</i>	238	SCARCARE.....	461, 601	SF 5000 PLUS.....	294
<i>saccharomyces boulardii</i>	69	SCARCIN PAD PLUS..	601, 702	Sharobel.....	149
<i>saccharomyces boulardii-</i>		SCARCINPAD.....	601, 702	<i>shilajit</i>	736
<i>yeast</i>	69	SCARHEAL.....	601, 702	SHINGRIX (PF).....	283
SAFESNAP INSULIN		SCARSILK.....	601, 702	SIDESTREAM.....	498, 702
SYRINGE.....	535, 700, 701	SCARSILK GEL.....	441	SIDESTREAM MASK..	599, 702
SAFESNAP SYRINGE		SCSEMBLIX.....	138	SIDESTREAM NEBULIZER	
.....	514, 515, 701	<i>schisandra</i>	736	.....	498, 702
SAFETY LANCETS.....	568, 701	<i>scopolamine base</i>	42	SIDESTREAM PLUS..	498, 702
<i>safety needles</i>	515, 701	SEBUDERM.....	459	SIGNIFOR.....	386
SAFETY PEN NEEDLE		SECUADO.....	332	SIKLOS.....	215
.....	535, 701	SECURESAFE INSULIN		SILADERM.....	601, 702
SAFETY SEAL LANCETS		SYRINGE.....	535, 702	SILADONE.....	601, 702
.....	568, 702	SECURESAFE PEN		SILASTIC FOLEY	
SAFETY-LET LANCETS		NEEDLE.....	535, 702	CATHETER.....	519, 702
.....	568, 702	SEGLENTIS.....	108	<i>sildenafil</i>	
SAIZEN SAIZENPREP.....	400	SEGLUROMET.....	383	(<i>pulm.hypertension</i>).....	167
Sajazir.....	169	SELECT-OB.....	227	SILICONE MASK.....	599, 702
SALICATE.....	424	SELECT-OB (FOLIC ACID)..	227	SILICONE MASK - INFANT	
<i>salicylic acid</i>	424, 425	SELECT-OB + DHA.....	227	.....	599, 702
<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>		<i>selegiline hcl</i>	338	SILIGENTLE AG.....	422
.....	425	<i>selenium</i>	251	SILINOIN.....	601, 703
SALIMEZ FORTE.....	425	<i>selenium sulfide</i>	435	SILIQ.....	417
SALIVAMAX.....	292			SIL-K.....	601, 703

<i>silodosin</i>	742	SMART SENSE LANCETS	<i>sodium iodide-123</i>	409
SILTREX.....	601, 703	.....	<i>sodium iodide-131</i>	409
SILVASORB.....	422	SMART SENSE	<i>sodium oxybate</i>	310
<i>silver nitrate</i>	434	MONITORING SYSTEM	<i>sodium phenylbutyrate</i>	752
<i>silver nitrate applicators</i>	472	.....	<i>sodium polystyrene</i>	
<i>silver sulfadiazine</i>	460	SMART SENSE TEST	<i>sulfonate</i>	257
SILVRSTAT.....	434	STRIPS.....	<i>sodium succinate</i>	605
SIMBRINZA.....	756	SMARTDIABETES	<i>sodium,potassium,mag</i>	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-		VANTAGE.....	<i>sulfates</i>	49
BLEND.....	69	SMARTEST CONTROL	SOFIA SARS ANTIGEN FIA	
SIMLANDI(CF)		.....	.....	496, 704
AUTOINJECTOR.....	53, 97, 128	SMARTEST EJECT.....	SOFIA2 FLU-SARS	
Simliya (28).....	161	SMARTEST LANCET..	ANTIGEN FIA.....	496, 704
Simpesse.....	161	SMARTEST PERSONA	SOFT TOUCH LANCETS	
SIMPLY SALINE WOUND		GLUCOSE METER.....	.....	569, 704
WASH.....	419	SMARTEST PERSONA	SOGROYA.....	401
SIMPLYTHICK.....	604	STARTER.....	SOHONOS.....	610
SIMPONI.....	53, 97, 98, 128	SMARTEST PRONTO	<i>solifenacin</i>	744
SIMPONI ARIA.....	97, 128	GLUCOSE METER.....	SOLQUA 100/33.....	385
<i>simvastatin</i>	175	SMARTEST PRONTO	SOLOSEC.....	14
SINGLE-LET.....	568, 703	STARTER.....	SOLOX GEL.....	434
SINUSTAR NEBULIZER		SMARTEST PROTEGE	SOLTAMOX.....	146
.....	498, 703	.....	SOLU-CORTEF.....	396
SINUVA.....	72, 85	SMARTEST SMART CODE	SOLU-CORTEF ACT-O-	
<i>sirolimus</i>	301	METER.....	VIAL (PF).....	395
SIRTURO.....	13	SMARTEST TALKING	SOLUPAK.....	478
<i>sitagliptin</i>	404	METER.....	SOLUS V2 AUDIBLE	
SIVEXTRO.....	6	SMARTEST TEST.....	METER.....	569, 704
SKARLITE.....	601, 703	SMARTNEB	SOLUS V2 CONTROL	
SKY SAFETY PEN NEEDLE		COMPRESSOR	SOLUTION, LOW.....	569, 704
.....	535, 703	NEBULIZER.....	SOLUS V2 CONTROL	
SKYCLARYS.....	611	SMOOTH TEXTURE FIBER.	SOLUTION,HIGH.....	569, 704
SKYLA.....	160	SOAANZ.....	SOLUS V2 LANCETS.	569, 704
SKYRIZI.....	47, 411, 412	<i>sodium chlor 0.9%</i>	SOLUS V2 LANCING	
SKYTROFA.....	401	<i>bacteriostat</i>	DEVICE.....	569, 704
SLEEP CALM.....	357	<i>sodium chloride</i>	SOLUS V2 TEST STRIPS	
SLEEP IMMUNE HEALTH..	357	.....	.....	588, 704
SLEEP OPTIMIZER.....	357	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	SOMAVERT.....	382
SLEEP SUPPORT		<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SONAFINE.....	459
(MELATONIN-HERB).....	357	.....	SOOLANTRA.....	464
SLEEP TONITE VALERIAN	729	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SOOTHENEB	
SLEEP3.....	357	(flush).....	COMPRESSOR	
SLOW FE.....	237	<i>sodium citrate</i>	NEBULIZER.....	599, 704
SLOW RELEASE IRON.....	237	<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i> .	SOOTHENEB MESH	
SLOWMAG MG CALM-		<i>sodium citrate-citric acid</i>	NEBULIZER.....	498, 704
SLEEP.....	358, 728	SODIUM FLUORIDE 5000	SOOTHING NIGHT.....	358
SLOWMAG MUSCLE		DRY MOUTH.....	SOPORDREN.....	358
RECOVERY.....	232	SODIUM FLUORIDE 5000	<i>sorafenib</i>	144
SLYND.....	149	PLUS.....	<i>sorbitol</i>	72, 603, 742
		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...	<i>sorbitol-mannitol</i>	742

SORILUX.....	430	ST JOSEPH ASPIRIN .	110, 209	SULFATRIM.....	4
<i>sotalol</i>	189, 192	<i>st. john's wort</i>	726	<i>sulindac</i>	113
Sotalol Af.....	189, 192	ST. JOSEPH ASPIRIN	110, 209	SUMADAN.....	482
SOTYKTU.....	415	<i>stavudine</i>	17	SUMADAN XLT.....	465, 482
SOTYLIZE.....	189, 192	STEGLATRO.....	382	<i>sumatriptan</i>	367
SOVALDI.....	4	STEGLUJAN.....	389	<i>sumatriptan succinate</i>	367
SOVUNA.....	13, 115, 116	STELARA.....	30, 412	<i>sumatriptan-naproxen</i>	366
SPACE CHAMBER.....	599, 704	STERILANCE TL.....	569, 705	SUMAXIN CP.....	482
SPACE CHAMBER WITH		STERILE HYDROGEL FOR		<i>sunitinib malate</i>	138
LARGE MASK.....	599, 704	JELMYTO.....	244	SUNLENCA.....	1
SPACE CHAMBER WITH		STIMUFEND.....	202	SUNOSI.....	308
MEDIUM MASK.....	599, 705	STIOLTO RESPIMAT.....	91	SUNRISE COMPRESSOR-	
SPACE CHAMBER WITH		STIVARGA.....	144	NEBULIZER.....	599, 705
SMALL MASK.....	599, 705	STOP SMOKING AID.....	297	SUPARTZ FX.....	615
SPECTRAGEL.....	422, 705	STRATACTX.....	422, 705	SUPER B-50 COMPLEX.....	217
SPECTRAVITE ADULT.....	253	STRATAGRT.....	422, 705	SUPER THIN LANCETS	
SPECTRAVITE ADULT 50		STRATAMARK.....	461	.....	570, 705
PLUS.....	268	STRATATRIZ.....	461	SUPERIOR JOINT	
SPECTRAVITE MEN 50		STRATAXRT.....	422, 705	SUPPORT.....	728
PLUS.....	268	STRAVIX.....	416	SUPERIOR MEN'S MULTI..	269
SPECTRAVITE MEN'S.....	269	STRENSIQ.....	162	SUPERIOR OMEGA3 WITH	
SPECTRAVITE WOMEN....	253	STRIBILD.....	25	VIT D.....	189
SPECTRAVITE WOMEN 50		STRIVE PEAK FLOW		SUPERIOR PROBIOTIC.....	69
PLUS.....	269	METER.....	580, 705	SUPERIOR SLEEP.....	358
SPEEDICATH (FEMALE)		STRIVERDI RESPIMAT.....	73	SUPERIOR WOMEN'S	
.....	519, 705	STRONG IODINE.....	232, 608	MULTI.....	269
SPEEDYSWAB COVID-19		Subvenite.....	317	SUPLENA CARB STEADY .	257
HOME TEST.....	496, 705	Subvenite Starter (Blue) Kit		SUPPOSITORY SHELL,	
SPEVIGO.....	415	.....	307, 317	SMALL.....	490, 705
SPIKEVAX 2023-2024(12Y		Subvenite Starter (Green)		SUPRANE.....	128
UP)(PF).....	287	Kit.....	307, 317	SURE COMFORT INS.	
<i>spinosad</i>	413	Subvenite Starter (Orange)		SYR. U-100.....	536, 705
SPIRIVA RESPIMAT.....	76	Kit.....	307, 317	SURE COMFORT INSULIN	
SPIRIVA WITH		SUCRAID.....	39	SYRINGE.....	536, 705, 706
HANDIHALER.....	77	<i>sucralfate</i>	72	SURE COMFORT	
<i>spironolactone</i>	185, 195	SUFLAVE.....	49	LANCETS.....	570, 706
<i>spironolacton-</i>		<i>sulconazole</i>	471	SURE COMFORT LANCING	
<i>hydrochlorothiaz</i>	185	<i>sulfacetamide sodium</i> ..	435, 771	PEN.....	570, 706
SPRAVATO.....	326	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>		SURE COMFORT PEN	
SPRAY AND STRETCH.....	440	.....	474	NEEDLE.....	536, 706
Sprintec (28).....	156	<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	481	SURE COMFORT SAFETY	
SPRITAM.....	352	<i>sulfacetamide sod-sulfur-</i>		PEN NEEDLE.....	536, 706
SPRIX.....	113	<i>urea</i>	464, 482	SURE RESULT DSS	
SPRYCEL.....	138	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	765	PREMIUM PACK.....	476
Sps (With Sorbitol).....	257	SULFACLEANSE 8-4.....	482	SURE-FINE PEN NEEDLES	
SPS (WITH SORBITOL).....	258	<i>sulfadiazine</i>	6	.....	536, 706
Sronyx.....	156	<i>sulfamethoxazole-</i>		SUREFLEX DEVICE WITH	
SSD.....	460	<i>trimethoprim</i>	3, 4	LANCETS.....	570, 706
SSKI.....	232	SULFAMYLON.....	460	SUREFLEX LANCING	
SSS 10-5.....	481	<i>sulfasalazine</i>	30, 119	DEVICE.....	570, 706

SURE-JECT INSULIN		TALTZ SYRINGE.....	417
SYRINGE.....	536, 537, 706	TALZENNA.....	136
SURE-LANCE.....	570, 707	<i>tamoxifen</i>	146
SURE-LANCE ULTRA THIN		<i>tamsulosin</i>	742
.....	570, 707	TANDEM MOBI SYSTEM	
SURE-PEN LANCING		.....	577, 709
DEVICE.....	570, 707	Taperdex.....	396
SURE-TEST EASYPLUS		TAPERDEX.....	396
MINI.....	570, 588, 707	TARDEOXIA.....	483
SURE-TEST EASYPLUS		TARDIMAXIA.....	484
MINI METER.....	570, 707	Tarina 24 Fe.....	156
SURE-TOUCH LANCET		Tarina Fe 1/20 (28).....	156
.....	570, 707	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	156
SURGIFLO.....	199	TARON-C DHA.....	269
SURGUARD2 SAFETY		TARON-PREX PRENATAL-	
.....	515, 707, 708	DHA.....	227, 253
SURVANTA.....	88	TAROXIA.....	484
SUTAB.....	50	TARPEYO.....	396
SWEET CHEEKS.....	376	TASCENSO ODT.....	409
Syeda.....	156	TASIGNA.....	138
SYMAX DUOTAB.....	39, 745	<i>tasimelteon</i>	356
SYMDEKO.....	85	<i>taurine</i>	220
SYMJEPI.....	196	<i>tavaborole</i>	460
SYMLINPEN 120.....	384	TAVALISSE.....	216
SYMLINPEN 60.....	384	TAVNEOS.....	115
SYMPAZAN.....	337, 339	<i>tazarotene</i>	430, 462, 487
SYMPROIC.....	164	TAZORAC.....	430
SYMTUZA.....	15	Taztia Xt.....	181
SYNALAR CREAM KIT.....	442	TAZVERIK.....	141
SYNALAR OINTMENT KIT.....	442	TD GOLD BLOOD	
SYNALAR TS.....	416	GLUCOSE MONITOR.....	570, 709
SYNAREL.....	401	TD GOLD LEVEL 1	
SYNDROS.....	34, 312, 750	CONTROL.....	570, 709
SYNJARDY.....	383	TD GOLD LEVEL 2	
SYNJARDY XR.....	383	CONTROL.....	570, 709
SYNOJOYNT.....	615	TD GOLD LEVEL 3	
SYNOVX CALM.....	729	CONTROL.....	570, 709
SYNOVX DJD.....	728	TD GOLD TEST STRIP	
SYNOVX RECOVERY.....	728	.....	588, 709
SYNOVX RELIEF.....	736	TD GOLD VOICE	
SYNVISC.....	615	GLUCOSE MONITOR.....	570, 709
SYNVISC-ONE.....	615	TDVAX.....	281
<i>syringe (disposable)</i>	515, 708	TECHLITE INSULIN	
SYRINGE 3CC/20GX1"		SYRINGE.....	537, 709
.....	516, 708	TECHLITE INSULN	
SYRINGE 3CC/21GX1"		SYR(HALF UNIT).....	537, 709
.....	516, 708	TECHLITE LANCETS.....	570, 709
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2"		TECHLITE PEN NEEDLE	
.....	516, 708	.....	537, 710
SYRINGE 3CC/22GX1"			
.....	516, 708		
SYRINGE 3CC/22GX3/4"			
.....	516, 708		
SYRINGE 3CC/25GX1"			
.....	516, 708		
SYRINGE AVITENE.....	199		
<i>syringe with needle</i>	516, 708		
<i>syringe with needle, safety</i>			
.....	516, 708		
SYRINGE WITHOUT			
NEEDLE.....	516, 708		
SYRPALTA VEHICLE.....	604		
SYZYGIUM COMPOSITUM.....	295		
SZOSIL.....	602, 708		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM			
STOCKING.....	490, 579, 708		
T.E.D. KNEE LENGTH-M-			
LONG.....	579, 708		
T.E.D. KNEE LENGTH-S-			
REGULAR.....	580, 708		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN.....	286		
T:FLEX.....	490, 709		
T:SLIM X2.....	490, 709		
T:SLIM X2 BASAL-IQ			
INSULIN PMP.....	577, 709		
T:SLIM X2 CONTROL-IQ			
.....	577, 709		
TAB-A-VITE.....	253		
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN			
W-IRON.....	253, 269		
TABLOID.....	133		
TABRECTA.....	138		
TACHOSIL.....	206		
<i>tacrolimus</i>	300, 456		
<i>tadalafil</i>	373, 750		
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>			
.....	167		
TADLIQ.....	168		
TAFINLAR.....	138, 139		
<i>tafluprost (pf)</i>	769		
TAGRISSE.....	143		
TAKE ACTION.....	147, 148		
TAKHZYRO.....	195		
TALICIA.....	43		
TALTZ AUTOINJECTOR.....	417		
TALTZ AUTOINJECTOR (2			
PACK).....	417		
TALTZ AUTOINJECTOR (3			
PACK).....	417		

TECHLITE PLUS PEN		
NEEDLE.....	537, 710	
TECHNA NAT UNSWT		
TROCHE BASEG2.....	603, 605	
TEGLUTIK.....	614	
TEGSEDI.....	375	
TELCARE CONTROL..	570, 710	
TELCARE LANCETS..	570, 710	
TELCARE TEST STRIPS		
.....	588, 710	
<i>telmisartan</i>	171	
<i>telmisartan-amlodipine</i>	191	
<i>telmisartan-</i>		
<i>hydrochlorothiazid</i>	183	
<i>temazepam</i>	337, 353	
TEMBEXA.....	2	
<i>temozolomide</i>	132	
TEMPO REFILL KIT WITH		
GAUZE.....	571, 710	
TEMPO SMART BUTTON		
.....	490, 710	
TEMPO WELCOME KIT		
.....	571, 710	
Tencon.....	121	
TENIVAC (PF).....	282	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		
.....	16, 27	
TENS 502.....	490, 710	
TENS 504.....	490, 710	
TENSCARE ITOUCH SURE		
.....	491, 710	
TEPMETKO.....	138	
<i>terazosin</i>	196	
<i>terbinafine hcl</i>	13	
<i>terbutaline</i>	87	
<i>terconazole</i>	610	
<i>teriflunomide</i>	407	
<i>teriparatide</i>	375	
Terrell.....	128	
TERSI FOAM.....	435	
TERUMO ALLERGY		
SYRINGE.....	516, 710	
TERUMO HYPODERMIC		
NEEDLE/SYRIN.....	516, 710	
TERUMO INSULIN		
SYRINGE.....	537, 710, 711	
TERUMO SYRINGE....	516, 711	
TEST N'GO BLOOD		
GLUCOSE SYSTEM... 571, 711		
TEST N'GO TEST.....	588, 711	
TESTOPLEX PLUS.....	736	
<i>testosterone</i>	381	
<i>testosterone cypionate</i>	381	
<i>testosterone enanthate</i>	381	
TETOXIA.....	440	
<i>tetrabenazine</i>	363, 371	
<i>tetracaine hcl</i>	768	
<i>tetracaine hcl (pf)</i>	768	
<i>tetracycline</i>	10	
TEXACORT.....	454	
TEZSPIRE.....	80	
THALITONE.....	186	
THALOMID.....	22, 144	
THEO-24.....	90	
<i>theophylline</i>	90	
THERAHONEY.....	422, 711	
THERAPEUTIC		
MOISTURIZING CREAM....	460	
THERAPEUTIC-M.....	269	
THERA-VITE MAX-M.....	269	
THEREMS MULTIVITAMIN..	253	
<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i>	240	
<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>		
.....	240	
THICK AND EASY.....	604	
THIN LANCETS.....	571, 711	
THINPRO INSULIN		
SYRINGE.....	537, 538, 711	
THIOLA EC.....	742	
<i>thioridazine</i>	313	
<i>thiothixene</i>	335	
THRESHOLD IMT TRAINER		
.....	599, 711	
THRESHOLD PEP DEVICE		
.....	599, 711	
THRIVITE RX.....	227	
THROMBI-GEL.....	199	
THROMBIN-JMI.....	199	
THROMBI-PAD.....	200	
THYQUIDITY.....	398	
<i>thyroid (pork)</i>	397	
Tiadylt Er.....	181	
<i>tiagabine</i>	331	
TIBSOVO.....	136	
TICANASE.....	84	
TIGLUTIK.....	614	
Tilia Fe.....	158	
<i>timolol maleate</i>	192, 760	
<i>timolol maleate (pf)</i>	760	
<i>tinidazole</i>	14	
<i>tiopronin</i>	742	
TIROSINT.....	398	
TIROSINT-SOL.....	398	
TISSEEL VHSD		
(APROTININ, SYN).....	424	
TIS-U-SOL PENTALYTE....	272	
TIVICAY.....	18	
TIVICAY PD.....	18	
TIVORBEX.....	114	
<i>tizanidine</i>	614	
TLANDO.....	381	
TM-VITE RX.....	217	
TOBI PODHALER.....	84	
TOBRADEX.....	766	
TOBRADEX ST.....	766	
<i>tobramycin</i>	85, 754	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	85	
<i>tobramycin with nebulizer</i>	85	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		
<i>tobramycin-vancomycin</i>		
.....	754, 755, 758	
TOBREX.....	754	
TOLAK.....	466	
<i>tolcapone</i>	335	
<i>tolmetin</i>	113	
TOLSURA.....	12	
<i>tolterodine</i>	746	
<i>tolvaptan</i>	185	
TOOMEY SYRINGE....	516, 711	
TOPCARE CLICKFINE		
538, 712		
TOPCARE ULTRA		
COMFORT.....	538, 712	
TOPCARE UNIVERSAL1		
LANCET.....	571, 712	
<i>topiramate</i>	320, 321	
<i>toremifene</i>	146	
TORONOVA II SUIK.....	113	
TORONOVA SUIK.....	113	
<i>torse mide</i>	170	
TOSYMRA.....	367	
TOTALVISC.....	761	
TOUCH-TROL.....	519, 712	
TOUJEO MAX U-300		
SOLOSTAR.....	378	
TOUJEO SOLOSTAR U-300		
INSULIN.....	378	
TOVET KIT.....	442	
TPOXX (NATIONAL		
STOCKPILE).....	2	
TRACLEER.....	190	

TRADJENTA.....	404	TRILOAN II SUIK.....	396	TRUE METRIX GLUCOSE	
<i>tramadol</i>	103, 104	TRILOAN SUIK.....	396	METER.....	571, 713
<i>tramadol-acetaminophen</i>		Tri-Lo-Estarylla.....	158	TRUE METRIX GLUCOSE	
.....	107, 117	Tri-Lo-Marzia.....	158	TEST STRIP.....	588, 713
<i>trandolapril</i>	196	Tri-Lo-Mili.....	158	TRUE METRIX GO	
<i>trandolapril-verapamil</i>	193	Tri-Lo-Sprintec.....	158	GLUCOSE METER.....	571, 713
<i>tranexamic acid</i>	207	TRI-LUMA.....	439	TRUE METRIX LEVEL 1	
TRANSFER SET.....	499, 712	TRILURON.....	615	.....	571, 713
<i>tranylcypromine</i>	343	<i>trimethobenzamide</i>	33	TRUE METRIX LEVEL 2	
TRANZAREL.....	433	<i>trimethoprim</i>	4	.....	571, 713
<i>travoprost</i>	770	Tri-Mili.....	158	TRUE METRIX LEVEL 3	
<i>trazodone</i>	327	<i>trimipramine</i>	341	.....	571, 713
TRECTOR.....	20	TRIMO-SAN JELLY.....	610	TRUE METRIX PRO TEST	
TRELEGY ELLIPTA.....	80	TRINATAL RX 1.....	227	STRIP.....	588, 713
TREMFYA.....	412	TRINATE.....	227	TRUE2GO BLOOD	
<i>treprostinil sodium</i>	166	TRINTELLIX.....	356	GLUCOSE SYSTEM... 571, 713	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		Tri-Nymyo.....	159	TRUEDRAW LANCING	
100.....	378	TRIONEX.....	430	DEVICE.....	571, 713
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRIPLE OMEGA 3-6-9.....	189	TRUEPLUS INSULIN..	539, 714
200.....	378	Tri-Sprintec (28).....	159	TRUEPLUS KETONE..	589, 714
TRESIBA U-100 INSULIN...	378	TRISTART DHA.....	227	TRUEPLUS LANCETS	571, 714
<i>tretinoin</i>	487	TRIUMEQ.....	15	TRUEPLUS PEN NEEDLE	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	140	TRIUMEQ PD.....	15	.....	539, 714
<i>tretinoin microspheres</i>	487	TRIVISC.....	615	TRUERESULT BLOOD	
TRETTEN.....	215	Trivora (28).....	159	GLUCOSE SYSTM.....	571, 714
TREXALL.....	124, 132	Tri-Vylibra.....	159	TRUETEST TEST STRIPS	
<i>triacetin</i>	434	Tri-Vylibra Lo.....	159	.....	588, 714
<i>triamcinolone acetonide</i>		<i>tropicamide</i>	761	TRUETRACK BLOOD	
.....	291, 454	<i>tropium</i>	746	GLUCOSE SYSTEM... 572, 714	
<i>triamterene</i>	180	TRUBIOTICS.....	69	TRUETRACK SMART	
<i>triamterene-</i>		TRUBIOTICS BABY.....	69	SYSTEM.....	572, 714
<i>hydrochlorothiazid</i>	185	TRUBIOTICS GUMMY.....	69	TRUETRACK TEST ...	589, 714
Trianex.....	454	TRUBIOTICS KIDS		TRULANCE.....	33, 44
TRIASIL.....	454	CHEWABLE.....	69	TRULICITY.....	385
<i>triazolam</i>	338, 353	TRUBIOTICS KIDS GUMMY.	69	TRUMENBA.....	286
TRICARE.....	227	TRUDHESA.....	369	TRUNEB NEBULIZER.	498, 714
TRI-CHLOR.....	425	TRUE COMFORT INSULIN		TRUQAP.....	130
<i>trichloroacetic acid</i>	425	SYRINGE.....	538, 712	TRUSKIN.....	416
TRICITRATES.....	743	TRUE COMFORT LANCET		TRUSTEEL INFUSION	
Triderm.....	454	.....	571, 712	PACK 23".....	591, 714
<i>trientine</i>	163	TRUE COMFORT PEN		TRUSTEEL INFUSION SET	
Tri-Estarylla.....	158	NEEDLE.....	538, 712	23".....	591, 714
TRIFERIC.....	237	TRUE COMFORT PRO INS		TRUSTEEL INFUSION SET	
<i>trifluoperazine</i>	313	SYRINGE... 538, 539, 712, 713		32".....	591, 714
<i>trifluridine</i>	756	TRUE COMFORT SAFETY		TRUSTEX LATEX	
<i>trihexyphenidyl</i>	362	PEN NEEDLE.....	539, 713	CONDOM.....	492, 715
TRIJARDY XR.....	399	TRUE COVER CONDOM		TRUSTEX LUBRICATED	
TRIKAFTA.....	85	.....	492, 713	CONDOMS.....	492, 715
Tri-Legest Fe.....	158	TRUE METRIX AIR		TRUSTEX NON-LUB	
Tri-Linyah.....	158	GLUCOSE METER.....	571, 713	CONDOMS.....	492, 715

TRUSTEX-RIA	ULTICARE.....517, 540, 716	ULTRA FLO PEN NEEDLE
LUB/SPERMICIDE..... 492, 715	ULTICARE INSULIN	.....541, 718
TRUSTEX-RIA	SYRINGE..... 539, 715	ULTRA MOISTURE.....460
LUBRICATED CONDOMS	ULTICARE INSULN	ULTRA PRENATAL PLUS
.....492, 715	SYR(HALF UNIT)..... 539, 715	DHA.....227
TRUSTEX-RIA NON-LUB	ULTICARE LOW DEAD	ULTRA THIN II LANCETS
CONDOMS.....492, 715	SPACE SYRING.....517, 716	.....572, 718
TRUZONE PEAK FLOW	ULTICARE PEN NEEDLE	ULTRA THIN LANCETS
METER.....581, 715	.....539, 716	.....572, 719
<i>tryptophan</i>.....729	ULTICARE SAFETY PEN	ULTRA THIN PEN NEEDLE
TRYVIO..... 165	NEEDLE..... 540, 716	.....541, 719
TUBERCULIN SYRINGE	ULTICARE SAFETY	ULTRA THIN PLUS
.....517, 715	SYRINGE..... 517, 716	LANCETS..... 572, 719
<i>tuberculin-allergy syringes</i>	ULTICARE TB SAFETY	ULTRA TLC LANCETS572, 719
.....517, 715	SYRINGE..... 517, 716	ULTRACARE INSULIN
TUDORZA PRESSAIR..... 77	ULTIGUARD SAFEPACK-	SYRINGE..... 542, 719
TUKYSA..... 141	INSULIN SYR..... 540, 716, 717	ULTRA-CARE LANCETS
Tulana.....149	ULTIGUARD SAFEPACK-	.....572, 719
TULIVITE.....238	PEN NEEDLE.....540, 717	ULTRACARE PEN NEEDLE
TURALIO..... 138	ULTI-LANCE.....572, 717	.....542, 719
<i>turmeric root extract</i>.....737	ULTILET BASIC LANCETS	ULTRAFLOA WOMEN'S.... 70
<i>turmeric root-ginger root ext</i> 737	.....572, 717	ULTRAFOAM..... 200
<i>turmeric-ginger-black pepper</i>	ULTILET CLASSIC	ULTRALANCE LANCETS
.....737	LANCETS.....572, 717	.....572, 719
<i>turmeric-turmeric root extract</i>	ULTILET INSULIN	ULTRASAL-ER.....425
.....737	SYRINGE..... 540, 717	ULTRA-THIN II (SHORT)
Turqoz (28)..... 156	ULTILET LANCETS.....572, 717	INS SYR..... 542, 719
TUXARIN ER.....87	ULTILET PEN NEEDLE	ULTRA-THIN II (SHORT)
TWINRIX (PF)..... 280	.....541, 717	PEN NDL..... 542, 719
TWIRLA..... 159	ULTILET SAFETY	ULTRA-THIN II INS PEN
TWIST LANCETS..... 572, 715	LANCETS..... 572, 717	NEEDLES.....542, 720
TWYNEO.....485	ULTIMA MONITOR..... 572, 717	ULTRA-THIN II INSULIN
TYBLUME.....156	ULTIMA TEST STRIPS	SYRINGE..... 542, 720
TYBOST..... 753	.....589, 718	ULTRA-THIN II LANCETS
Tydemy..... 156	ULTIMATE FLORA BABY	.....572, 720
TYMLOS.....375	PROBIOTIC.....69	ULTRATRAK..... 589, 720
TYREX-2..... 255	ULTRA B-100 COMPLEX	ULTRATRAK GLUCOSE
TYRVAYA.....87	(FOODBASE)..... 218	METER..... 572, 720
TYVASO..... 167	ULTRA BONEUP.....231	ULTRATRAK HIGH-LOW
TYVASO DPI..... 167	ULTRA CMFT INS SYR	CONTROL..... 572, 720
TYVASO INSTITUTIONAL	(HALF UNIT).....541, 718	ULTRATRAK NORMAL
START KIT..... 167	ULTRA COMFORT INSULIN	CONTROL..... 572, 720
TYVASO REFILL KIT..... 167	SYRINGE..... 541, 718	ULTRATRAK ULTIMATE
TYVASO STARTER KIT.....167	ULTRA FINE LANCETS	.....573, 589, 720
UBRELVY.....361	.....572, 718	ULTRAVATE..... 430, 455
UDENYCA.....202	ULTRA FLO INSUL	UNIFINE PENTIPS.....543, 720
UDENYCA	SYR(HALF UNIT)..... 541, 718	UNIFINE PENTIPS
AUTOINJECTOR.....202	ULTRA FLO INSULIN	MAXFLOW..... 543, 720
UDENYCA ONBODY..... 202	SYRINGE..... 541, 718	
ULESFIA.....413		

UNIFINE PENTIPS PLUS 543, 720	UNIVERSAL 1 LANCETS 573, 722	VANFLYTA..... 139
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 543, 720	UP4 PROBIOTICS ADULT 70	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 543, 722
UNIFINE PROTECT 543, 721	UP4 PROBIOTICS ADULT 50 PLUS..... 70	VANISHPOINT SYRINGE 517, 518, 543, 722
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... 543, 721	UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES..... 70	VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 518, 722
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 543, 721	UP4 PROBIOTICS MEN'S.... 70	VANOXIDE-HC..... 484
UNILET COMFORTOUCH LANCET..... 573, 721	UP4 PROBIOTICS PLUS PREBIOTIC..... 70	VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER..... 519, 723
UNILET GP LANCET .. 573, 721	UP4 PROBIOTICS ULTRA... 70	VAQTA (PF)..... 287
UNILET LANCET..... 573, 721	UP4 PROBIOTICS WOMEN'S..... 70	VARDIMAXIA..... 485
UNILET LANCETS..... 573, 721	UP4 PROBIOTICS- PREBIOTICS KIDS..... 70	<i>varenicline</i> 299
UNILET SUPER THIN LANCETS..... 573, 721	UPCAL D..... 249	VARISOFT INFUSION SET 23"..... 592, 723
UNISOM SIMPLE SLUMBERS..... 358	UPNEEQ (PF)..... 771	VARISOFT INFUSION SET 32"..... 592, 723
UNISPEND ANHYDROUS SWEET..... 604	UPTRAVI..... 168	VARISOFT INFUSION SET 43"..... 592, 723
UNISTIK 2 DEVICE.... 573, 721	URAMAXIN..... 425	VARITHENA ADMINISTRATION PACK 521, 723
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 573, 721	URAMAXIN GT..... 443	VARIVAX (PF)..... 277, 283
UNISTIK 2 NORMAL LANCET..... 573, 721	<i>urea</i> 425, 443	VAROPHEN (DICLOFENAC)..... 476
UNISTIK 3 COMFORT LANCET..... 573, 721	UREA NAIL STICK..... 425	VAROXIA..... 485
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 573, 721	UREAPRO..... 184	VARUBI..... 33
UNISTIK 3 GENTLE.... 573, 721	URETRON D-S..... 28, 746	VASCEPA..... 176
UNISTIK 3 NORMAL LANCET..... 573, 721	URIBEL TABS..... 28, 746	VASELINE WHITE PETROLEUM..... 461
UNISTIK COMFORT LANCETS..... 573, 721	URIMAR-T..... 28, 747	VASHE..... 419
UNISTIK CZT LANCET 573, 721	URNEVA..... 28, 747	VAXCHORA ACTIVE COMPONENT..... 277, 278
UNISTIK EXTRA LANCETS 573, 721	URO-458..... 28, 747	VAXCHORA BUFFER COMPONENT..... 602
UNISTIK NORMAL LANCETS..... 573, 721	UROGESIC-BLUE..... 28, 746	VAXCHORA VACCINE 277, 278
UNISTIK PRO LANCET 573, 721	URO-MP..... 28, 747	VAXNEUVANCE (PF)..... 279
UNISTIK SAFETY..... 573, 721	UROQID-ACID NO.2.... 29, 744	VCF CONTRACEPTIVE FILM..... 162
UNISTIK TOUCH LANCETS 573, 721	<i>ursodiol</i> 32	VCF CONTRACEPTIVE GEL..... 162
UNISTRIP LOW CONTROL 573, 722	VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM.... 162	VEGETARIAN BONEUP.... 231
UNISTRIP1 TEST STRIP 589, 722	<i>valacyclovir</i> 12	VEKLURY..... 27
	VALCHLOR..... 413	Velivet Triphasic Regimen (28)..... 159
	<i>valerian root</i> 737	VELPHORO..... 748, 749
	<i>valerian root-valerian root xt</i> 729	VELSIPITY..... 47
	<i>valerian-flower-hops-lemon</i> . 729	VELTASSA..... 258
	<i>valganciclovir</i> 1	VEMLIDY..... 27
	<i>valproic acid</i> 307, 328	
	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> 307, 328	
	<i>valsartan</i> 171	
	<i>valsartan- hydrochlorothiazide</i> 183	
	VALTOCO..... 338, 339	
	<i>vancomycin</i> 22	
	<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl</i> 755	

VENCLEXTA.....	135	VIOKACE.....	55	<i>vitamin e (dl, acetate)</i>	239
VENCLEXTA STARTING		Viorele (28).....	161	<i>vitamin e acetate (bulk)</i>	239, 605
PACK.....	135	VIOS AEROSOL DELIVERY		<i>vitamin e-safflower oil</i>	460
VENELEX.....	418	SYSTEM.....	600, 724	<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	460
<i>venlafaxine</i>	341	VIRACEPT.....	24	VITAMIN K.....	271
<i>venlafaxine besylate</i>	341	VIRAGRAPHIS.....	737	Vitamin K1.....	271
VENNGEL ONE.....	428	VIREAD.....	16, 27, 28	<i>vitamin k2</i>	271
VENTAVIS.....	167	VISBIOME.....	70	<i>vitamin k2 (mk-4)</i>	271
VEOZAH.....	374	VISCO-3.....	615	VITRAKVI.....	134
<i>verapamil</i>	182, 184	VISION HEALTH.....	732	VITREXYL.....	269
VERDESO.....	455	VISION OPTIMIZER....	269, 732	VITREXYL PLUS IRON.....	270
VEREGEN.....	456	VISTA ADVANCED		VITRON-C.....	238
VERIFINE INSULIN		AREDS2.....	269, 732	VITRUM 50 PLUS.....	270
SYRINGE.....	543, 544, 723	VISTA MEIBO EYELID		VIVAGUARD INO CTRL	
VERIFINE PEN NEEDLE		CLEANSING.....	467	SOLN-L1,2,3.....	574, 724
.....	544, 723	VISTASEAL-FIBRIN		VIVAGUARD INO CTRL	
VERIFINE PLUS PEN		SEALANT.....	206	SOLN-L1,L3.....	574, 724
NEEDLE.....	544, 723	VISTOGARD.....	142	VIVAGUARD INO CTRL	
VERIFINE PLUS PEN		<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i>	233	SOLN-L2.....	574, 724
NEEDLE-SHARP.....	544, 723	<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i> 218		VIVAGUARD INO	
VERIFINE SAFETY		<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i> 737		GLUCOSE METER.....	574, 724
LANCET MINI.....	574, 723	<i>vit c-zinc cit,gluc-echin purp</i> 245		VIVAGUARD INO SMART	
VERIFINE UNIVERSAL		VITABEX IRON.....	238	GLUC METER.....	574, 724
LANCET.....	574, 723	VITAFOL FE PLUS.....	228	VIVAGUARD INO TEST	
VERKAZIA.....	765	VITAFOL FE+ (WITH		STRIP.....	589, 724
VERQUVO.....	170	DOCUSATE).....	228	VIVAGUARD LANCET	574, 724
VERSACLOZ.....	333	VITAFOL GUMMIES.....	228	VIVAGUARD LANCING	
VERTIGOHEEL.....	295	VITAFOL ULTRA.....	228	DEVICE.....	574, 724
VERZENIO.....	142	VITAFOL-OB.....	228	VIVAGUARD SAFETY	
VESICARE LS.....	744	VITAFOL-OB+DHA.....	228	LANCET.....	574, 724
Vestura (28).....	157	VITAFOL-ONE.....	228	VIVJOA.....	12
VEVYE.....	765	VITAJoy ADULT MULTI....	269	VIVOTIF.....	277, 278
V-GO 20.....	576, 724	VITAJoy BIOTIN.....	243	VIXONE NEBULIZER..	498, 724
V-GO 30.....	576, 724	VITAJoy DAILY C.....	240	VIXONE NEBULIZER-	
V-GO 40.....	576, 724	VITAL AF 1.2 CAL.....	257	ADULT MASK.....	498, 724
VIBERZI.....	31, 46	VITALVASC.....	737	VIXONE NEBULIZER-	
VIBRANT.....	490, 724	VITAMEDMD ONE RX.....	228	PEDIATRIC MSK.....	498, 724
VIBRANT STARTER KIT		<i>vitamin a</i>	243	VIZIMPRO.....	143
.....	490, 724	<i>vitamin a palmitate</i>	243	VOCABRIA.....	18
VICTOZA 2-PAK.....	385	<i>vitamin b complex</i>	274	Volnea (28).....	161
VICTOZA 3-PAK.....	385	VITAMIN B-12.....	235	VONJO.....	140
VIEKIRA PAK.....	4	<i>vitamin b12-folic acid</i>	273	VONVENDI.....	205
Vienna.....	157	VITAMIN C FIZZY DRINK... 242		VOQUEZNA.....	29
<i>vigabatrin</i>	322	VITAMIN C POWDER		VOQUEZNA DUAL PAK.....	46
Vigadrone.....	322	BLEND.....	242	VOQUEZNA TRIPLE PAK....	47
Vigpoder.....	322	VITAMIN C WITH ROSE		<i>voriconazole</i>	12, 13
VIJOICE.....	752	HIPS.....	240	VORTEX HOLDING	
VILACTIN AA PLUS 15 PE. 255		Vitamin D2.....	219	CHAMBER.....	600, 725
<i>vilazodone</i>	326	<i>vitamin d2-vitamin k1</i>	273	VORTEX VHC FROG	
VIMPAT.....	316	<i>vitamin d3-vitamin k2</i>	273	MASK-CHILD.....	600, 725

VORTEX VHC LADYBUG	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XCOPRI MAINTENANCE
MASK-TODDLR..... 600, 725	60.....492, 725	PACK.....323, 324
VOSEVI..... 23	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XCOPRI TITRATION PACK 325
VOWST..... 29	65.....492, 725	XDEMVY..... 754
VOXZOGO..... 388	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XELJANZ.....31, 118
VOYDEYA..... 198, 213	70.....493, 725	XELJANZ XR.....31, 118
VP-CH-PNV.....228	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XELPROS.....770
VRAYLAR.....306, 373	75.....493, 725	XELSTRYM..... 330, 350
VTAMA..... 430	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XEMBIFY.....283
VUITY..... 771	80.....493, 725	XENLETA..... 6
VUMERITY..... 409	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XENOVIEW EMPTY
Vyfemla (28)..... 157	85.....493, 725	DELIVERY BAG..... 490, 726
VYJUVEK..... 411	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XEPI..... 461
Vylibra.....157	90.....493, 725	XERESE..... 437
VYNDAMAX..... 374	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XERMELLO..... 33
VYNDAQEL..... 374	95.....493, 725	XEROFORM.....577, 726
VYVANSE.....350	WILATE..... 212	XEROFORM NON-
VYZULTA..... 770	WILLIS THE WHALE	OCCLUSIVE.....577, 726
WAINUA..... 375	COMPRESSR NEB.... 600, 726	XEROFORM
WAKIX..... 308	WILZIN..... 164	PETROLATUM DRESSING
<i>warfarin</i>.....203	WINLEVI.....411	.....577, 726
<i>water for irrigation, sterile</i> 272	WINREVAIR..... 166	XEROFORM
WAVESENSE AMP..... 574, 725	WINTERGREEN OIL.....413	PETROLATUM
WAVESENSE CONTROL	Wixela Inhub.....93	OVERWRAP.....577, 726
SOLUTION..... 574, 725	WOMEN'S 50 PLUS	XHANCE.....84
WAVESENSE JAZZ.... 589, 725	ADVANCED.....270	XIFAXAN..... 26
WAVESENSE PRESTO	WOMENS DAILY GUMMIES	XIGDUO XR..... 383
.....574, 589, 725	.....270	XIIDRA.....762
WEEKLY-D.....219	WOMEN'S MULTIVITAMIN	XILAPAK.....416
WELIREG..... 141	COLLAGEN.....270	XIMINO..... 10, 470
WELLFOLA..... 270	WOMEN'S MULTIVITAMIN	XOFLUZA..... 2
WELLPRO-31..... 70	GUMMIES..... 270	XOLAIR..... 90
Wera (28).....157	WOMEN'S ONE DAILY..... 270	XOLEGEL.....471
WESCAP-C DHA.....270	WOUNDGELHA MATRIX...441	XOLREMDI.....201
WESCAP-PN DHA..... 253	WPR PLUS.....478	XOSPATA..... 139
WESCAPS.....218	Wymzya Fe.....157	XPHOZAH..... 216
WESNATAL DHA	WYNZORA..... 470	XPOVIO..... 135, 140
COMPLETE.....228	XACIATO.....609	XRYLIX (DICLOFENAC-
WESNATE DHA..... 228	XADAGO..... 338	KINES TAPE)..... 428
WES-PHOS 250 NEUTRAL	XALIX..... 425	XTAMPZA ER.....104, 105
.....254, 744	XALKORI..... 135	XTANDI..... 146
WESTAB MAX.....272, 274	XARELTO.....210	Xulane..... 159
WESTAB ONE.....272, 274	XARELTO DVT-PE TREAT	XULTOPHY 100/3.6..... 385
WESTAB PLUS..... 229	30D START..... 209	XURIDEN..... 752
WESTGEL DHA..... 229	XATMEP..... 124, 132	XYBIOTIC..... 71
<i>why protein, conc-isolate</i> ...247	XCELLENT C..... 241	XYLIDERM..... 433
WHYTEDERM SURGIPAK. 418	XCELLENT E.....272	XYLIGEL.....291
WHYTEDERM TDKPAK..... 442	XCELLISTEM..... 488	XYLIMELTS.....291
WHYTEDERM TRILASIL	XCLAIR.....460	XYMOBOLX..... 243
PAK..... 442	XCOPRI.....324, 325	XYMODINE..... 232

XYNTHA.....	212	ZERVIATE.....	762
XYNTHA SOLOFUSE.....	212	ZETONNA.....	84
XYOSTED.....	382	ZICLOCIN.....	476
XYWAV.....	310	ZICLOPRO.....	476
Yargesa.....	753	<i>zidovudine</i>	17
YAXATARXYN.....	439	ZIEXTENZO.....	202
YCANTH.....	426	ZILACAINE PATCH....	433, 602
YOGURT PLUS CALCIUM		ZILBRYSQ.....	611
GUMMIES.....	249	<i>zileuton</i>	79
YOKATAR.....	439	ZILOVAL.....	433
YONSA.....	143, 146	ZILXI.....	465
YOSPRALA.....	205	ZIMHI.....	165
YUFLYMA(CF).....	53, 98, 128	ZINC BALANCE.....	245
YUFLYMA(CF) AI		<i>zinc citrate</i>	245
CROHN'S-UC-HS....	53, 98, 128	<i>zinc gluconate</i>	245
YUFLYMA(CF)		<i>zinc glycinate</i>	245
AUTOINJECTOR.....	53, 98, 128	<i>zinc oxide</i>	461
YUM-YUM DOPHILUS.....	71	<i>zinc sulfate</i>	245
YUPELRI.....	77	ZINGIBER.....	274
YUSIMRY(CF) PEN.	53, 98, 128	ZIPHEX.....	241
Yuvafem.....	609	<i>ziprasidone hcl</i>	306, 333
Zafemy.....	159	ZIRGAN.....	756
<i>zafirlukast</i>	84	ZITHRANOL.....	431
<i>zaleplon</i>	330	ZITUVIO.....	404
ZALVIT.....	241	ZMA CLEAR.....	482
Zarah.....	157	ZOKINVY.....	753
ZARXIO.....	202	ZOLINZA.....	143
ZATEAN-PN DHA.....	253	<i>zolmitriptan</i>	368
ZATEAN-PN PLUS.....	270	<i>zolpidem</i>	330
ZAVZPRET.....	362	ZOMACTON.....	401
ZCORT.....	396	Zomig.....	368
ZEGALOGUE		ZONISADE.....	321
AUTOINJECTOR.....	376	<i>zonisamide</i>	321
ZEGALOGUE SYRINGE....	376	ZONTIVITY.....	201
ZEJULA.....	136	ZORVOLEX.....	111
ZELAPAR.....	338	ZORYVE.....	431, 435
ZELBORAF.....	139	Zovia 1-35 (28).....	157
ZELNORM.....	31, 47	ZTALMY.....	316
ZEMAIRA.....	88	ZTLIDO.....	433
ZEMBRACE SYMTOUCH...	368	ZUBSOLV.....	298
Zenatane.....	488	Zumandimine (28).....	157
ZENPEP.....	56	ZURZUVAE.....	327
ZENPHOR.....	422, 726	ZYCLARA.....	467
Zenedi.....	310, 330, 350	ZYDELIG.....	141, 142
ZEPATIER.....	23	ZYFLO.....	79
ZEPOSIA.....	47, 409	ZYKADIA.....	135
ZEPOSIA STARTER KIT		ZYLET.....	766
(28-DAY).....	47, 409	ZYMFENTRA.....	54, 98
ZEPOSIA STARTER PACK		ZYPITAMAG.....	175
(7-DAY).....	48, 409	ZYPRAM.....	411