

**Kaiser Permanente Insurance Company
(KPIC)**

**Lista de medicamentos recetados disponibles para los
planes de PPO y de indemnización fuera del área (OOA)
con nivel de medicamento especializado**

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

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

Este documento contiene información relativa a los medicamentos que están cubiertos cuando usted participa en los planes de seguro médico sin derechos adquiridos por antigüedad de California de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y de indemnización fuera del área (Out-of-Area, OOA) con nivel de medicamento de especialidad de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) y surte su receta en una farmacia de la red de MedImpact.

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

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

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

Para obtener información sobre los costos compartidos de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de su plan en concreto, visite:

kp.org/kpic-ca-rx-ppo-ngf (en inglés).

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

INFORMACIÓN SOBRE LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DISPONIBLES

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

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

Cómo usar este documento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niveles de medicamentos

Diseño de beneficios por niveles

La Lista de medicamentos recetados disponibles se aplica a un Diseño de Beneficios por niveles, en el que el asegurado paga un costo compartido por el tratamiento con medicamentos recetados basado en el nivel del medicamento, y el copago o el coseguro. En la mayoría de los casos, los medicamentos disponibles en versión genérica estarán cubiertos en un nivel separado inferior (menor copago) y los medicamentos de marca que aparecen en la Lista de medicamentos recetados disponibles estarán cubiertos en un nivel superior (mayor copago). Los medicamentos especializados estarán cubiertos en el nivel más alto (coseguro con un máximo de recetas). Los medicamentos preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) federal podrán ser elegibles para una cobertura sin costo compartido (cero copago o cero coseguro).

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

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

Definiciones de los niveles:

Símbolo	Pauta	Descripción
T0	Nivel 0	Medicamentos preventivos requeridos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) sin costo
T1	Nivel 1	Medicamentos Genéricos
T2	Nivel 2	Medicamentos de Marca
T3	Nivel 3	Medicamentos especializados
DME	Otros artículos de farmacia	Otros artículos de farmacia y determinados equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME), tales como las tiras reactivas y las lancetas, disponibles en la farmacia y a través de su beneficio médico.

Mantenimiento y actualización de la Lista de medicamentos recetados disponibles

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

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

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

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

¿Qué medicamentos están cubiertos?

Por lo general, su beneficio de medicamentos recetados cubrirá los medicamentos genéricos 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. Los medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) no suelen estar cubiertos; sin embargo, ciertos medicamentos preventivos OTC están cubiertos cuando los receta un médico, tales como la aspirina, los suplementos de hierro y los medicamentos para dejar de fumar. También está cubierto el equipo médico duradero recetado por un médico para tratar la diabetes o para ayudar a los dispositivos de inhalación.

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

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

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

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

Anticonceptivos. Su cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios incluye todos los medicamentos anticonceptivos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drugs Administration, FDA), incluidos los métodos anticonceptivos femeninos de venta libre aprobados por la FDA sin costo compartido cuando los receta un profesional de la salud autorizado para recetar medicamentos. Todos estos medicamentos requieren una receta de su médico.

Medicamentos preventivos de la ACA sin costo. Todos los medicamentos, incluso los de venta libre (OTC), incluidos en la Ley federal de Cuidado de Salud Asequible (ACA) como medicamentos preventivos son elegibles para la cobertura sin costo compartido si el asegurado tiene una receta de su médico. Sin embargo, algunos medicamentos solo están cubiertos sin costo para los pacientes que cumplen los criterios indicados en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

Medicamentos para la pérdida de peso y para la disfunción sexual (solo en los planes de PPO para grupos pequeños). En nuestros planes de PPO para grupos pequeños, también están cubiertos los medicamentos para la pérdida de peso y para la disfunción sexual. No están cubiertos en nuestros planes de PPO para grupos grandes o de fuera del área. Estos medicamentos se identifican en la Lista de medicamentos recetados disponibles con el símbolo "SG".

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

Nota: El copago o coseguro de un medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios para una receta individual no deberá superar los \$250 (o \$500 para el plan Bronze de PPO) para un surtido de 30 días después de satisfacer el deducible, si lo hubiera.

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

¿Qué medicamentos no están cubiertos?

Exclusiones generales

- Medicamentos de venta libre (OTC) o sus equivalentes, excepto los medicamentos OTC incluidos en esta Lista de medicamentos recetados disponibles.
- Cualquier medicamento utilizado con fines cosméticos.
- Medicamentos experimentales o cualquier medicamento utilizado de forma experimental. Consulte su *Certificado de Seguro* para obtener información adicional.
- Sustitución de medicamentos perdidos o robados.
- Medicamentos de origen extranjero o medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU., excepto en ciertos casos de escasez de medicamentos, cuando lo permita el beneficio de farmacia de la persona.
- Medicamentos para la pérdida de peso (cubiertos solo en los planes de PPO para grupos pequeños)
- Medicamentos para la disfunción sexual (cubiertos solo en los planes de PPO para grupos pequeños)

Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos recetados disponibles

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

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

Puede solicitar una excepción para obtener la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles llamando a MedImpact al **1-800-788-2949**. Después de la recepción de su solicitud de excepción, MedImpact le notificará en un plazo de 72 horas para las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia para la aprobación de la solicitud u otro resultado. (Existen circunstancias de urgencia cuando un asegurado padece una condición de salud que puede poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar al máximo sus funciones o cuando usted está usando un medicamento mientras cumple un ciclo de tratamiento en curso). Si se concede una solicitud de excepción estándar, se otorgará la cobertura del medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos recetados disponibles durante la vigencia de la receta médica, incluidos los resurtidos. Si se concede una excepción basada en circunstancias de urgencia, la cobertura del medicamento que no aparece en la lista de medicamentos recetados disponibles se concederá mientras dure la urgencia.

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

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

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

Tabla de símbolos de las pautas:

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

¿Qué es una Autorización Previa?

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

¿Cómo funciona el programa?

Los medicamentos marcados con una PA significan que el profesional que se los receta debe demostrar primero que usted tiene una necesidad médica de ese medicamento en particular. Esto significa que para recibir cobertura el profesional que le hace la receta tendrá que colaborar con MedImpact para recibir la autorización previa del medicamento. Los medicamentos con autorización previa tienen criterios clínicos específicos que usted debe cumplir para obtener cobertura. Consulte la columna 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 autorización previa, MedImpact notificará al proveedor autorizado para recetar en un plazo de 72 horas para las solicitudes no urgentes y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia para la aprobación de la solicitud u otro resultado. Si MedImpact no responde en un plazo de 72 horas para el caso de las solicitudes que no sean de urgencia y en un plazo de 24 horas si existen circunstancias de urgencia, a partir de la recepción de un formulario de solicitud de un proveedor autorizado para recetar medicamentos, se deberá considerar que la solicitud fue aprobada. Si no le satisface el resultado, puede solicitar una renuncia llamando a MedImpact al **1-800-788-2949**.

¿Qué son los límites de cantidad?

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

¿Qué es el tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

La red de farmacias

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

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

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](https://www.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, exclusiones y costos compartidos de beneficios específicos no se reflejan en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

Definición de términos

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

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

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

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

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

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

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

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

"Médicamente necesario" significa los beneficios de atención médica necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. El Seguro Médico no suele cubrir los beneficios de atención médica que no son médicamente necesarios. El hecho de que un médico pueda recetar, autorizar o indicar un servicio no lo hace médicamente necesario o cubierto por la póliza de grupo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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**.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

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

Por correo electrónico: www.insurance.ca.gov

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

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

o por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en:

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

Notice of Language Assistance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla de Contenido

Informational Section.....	1
Agentes Antiinfecciosos.....	1
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections.....	1
Agentes De Terapia Gastrointestinal.....	37
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach.....	38
Agentes De Terapia Respiratoria.....	87
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs.....	87
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar.....	111
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver.....	112
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos.....	112
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever.....	113
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever.....	148
Anthelmintic.....	149
Anthelmintic - Drugs For Cancer.....	151
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women.....	180
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease.....	199
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning.....	199
Antiseptic - Chlorine Releasing.....	203
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart.....	204
Antiseptics And Disinfectants.....	244
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood.....	244
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales.....	265
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition.....	266
Biológicos.....	342
Biológicos - Biological Agents.....	342
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat.....	357
Clase Fdb Obsoleta-No Usada.....	362
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction.....	363
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants.....	367
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine.....	370
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System.....	371
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System.....	459
Endocrino.....	459
Endocrino - Hormones.....	460
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System.....	504
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations.....	507
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations.....	509
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin.....	510
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment.....	611
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics.....	763
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear.....	766
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein Iib/Iiia Receptor Inhib - Antiseptics And Disinfectants..	768
Productos Vaginales - Drugs For Women.....	769
Sistema Locomotor.....	773
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones.....	773
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb.....	779

Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals.....	924
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever.....	936
Terapia De Trastorno Cognitivo.....	938
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System.....	938
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System.....	940
Terapia Para Trastorno Alimentario.....	953
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders.....	954
Thyroid Therapy.....	956
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism.....	956
Vitamins - E.....	961
Vitamins - E - Drugs For The Eye.....	961

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antiinfecciosos		
Antiretroviral - Capsid Inhibitors		
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	Nivel 2	PA
YEZTUGO ORAL TABLET 300 MG (lenacapavir sodium)	Nivel 0	
YEZTUGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML (lenacapavir sodium)	Nivel 0	
Penem Antibiotic Combinations		
ORLYNVAH ORAL TABLET 500-500 MG (sulopenem etzadroxil/probenecid)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Agentes Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
Adyuvantes Inmunológicos Antiinfecciosos - Interferones - Drugs For Infections		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML (interferon gamma-1b, recomb.)	Nivel 3	PA
Agente Antiviral Cmv - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
VALCYTE ORAL RECON SOLN 50 MG/ML (valganciclovir HCl)	Nivel 2	
VALCYTE ORAL TABLET 450 MG (valganciclovir HCl)	Nivel 2	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Aminometilciclina - Antibiotics		
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 2	
Antibióticos De Aminopenicilina - Combinaciones De Inhibidor De Beta-Lactamasa - Antibiotics		
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Nivel 1	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 600-42.9 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a different strength of Augmentin within the past 120 days; QL (150 ML per 30 days)
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 250-62.5 MG/5 ML (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
AUGMENTIN ORAL TABLET 500-125 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	
AUGMENTIN XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 1,000-62.5 MG (amoxicillin/potassium clavulanate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Fluorquinolona - Antibiotics		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (delafloxacin meglumine)	Nivel 2	
CIPRO ORAL SUSPENSION,MICROCAPSULE RECON 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (ciprofloxacin)	Nivel 2	
CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Antibióticos De Oxazolidinona - Antibiotics		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG (tedizolid phosphate)	Nivel 2	
ZYVOX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG/5 ML (linezolid)	Nivel 2	
ZYVOX ORAL TABLET 600 MG (linezolid)	Nivel 2	
Antibióticos De Pleuromutilina - Antibiotics		
XENLETA ORAL TABLET 600 MG (lefamulin acetate)	Nivel 2	PA
Antibióticos De Sulfonamidas - Antibiotics		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibióticos De Tetraciclina - Antibiotics		
doxycycline monohydrate (Avidoxy Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
DORYX MPC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 60 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 50mg/100mg IR tablets/capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DORYX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 80 MG (doxycycline hyclate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 75mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 150mg tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate/Monohydrate 100mg capsule or tablets within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MORGIDOX 1X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
MORGIDOX 2X100 KIT 100 MG (doxycycline hyclate/skin cleanser combination no.19)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule 50 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG (omadacycline tosylate)	Nivel 2	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 2	
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
doxycycline hyclate (Targadox Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Doxycycline Hyclate 50mg capsules or Doxycycline Monohydrate 50mg capsules or tablets within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg	Nivel 1	
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Antibióticos Macrólidos - Antibiotics		
azithromycin oral packet 1 gram	Nivel 1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	Nivel 1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg	Nivel 1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	Nivel 1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	Nivel 1	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fidaxomicin)	Nivel 2	QL (10 ML per 1 day)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	Nivel 1	QL (20 EA per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 400 Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 400 MG/5 ML (erythromycin ethylsuccinate)	Nivel 2	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 250 Mg, 500 Mg)	Nivel 1	
erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet,Delayed Release (Dr/Ec) 333 Mg)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antifungal - Tetrazoles - Drugs For Fungus		
VIVJOA ORAL CAPSULE 150 MG (oteseconazole)	Nivel 2	PA
Antifungal Other - Drugs For Viral Infections		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifungals - Drugs For Viral Infections		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	
VALTREX ORAL TABLET 1 GRAM, 500 MG (valacyclovir HCl)	Nivel 2	
ZOVIRAX ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (acyclovir)	Nivel 2	
Antifúngico - Agentes De Tipo Pirimidina Fluorada - Drugs For Fungus		
ANCOBON ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (flucytosine)	Nivel 2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngico - Triazoles - Drugs For Fungus		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (isavuconazonium sulfate)	Nivel 2	PA
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML (fluconazole)	Nivel 2	
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (fluconazole)	Nivel 2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG (posaconazole)	Nivel 2	PA
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (posaconazole)	Nivel 2	PA
NOXAFIL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG (posaconazole)	Nivel 2	PA
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	Nivel 1	PA
SPORANOX ORAL CAPSULE 100 MG (itraconazole)	Nivel 2	
SPORANOX ORAL SOLUTION 10 MG/ML (itraconazole)	Nivel 2	
TOLSURA ORAL CAPSULE, SOLID DISPERSION 65 MG (itraconazole)	Nivel 2	PA
VFEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (voriconazole)	Nivel 2	
VFEND ORAL TABLET 50 MG (voriconazole)	Nivel 2	
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antifúngicos - Alilaminas - Drugs For Fungus		
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
Antihyperglycemic - Insulin-Release Stimulant Type - Antibiotics		
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (bedaquiline fumarate)	Nivel 3	PA
Antileprótico - Agentes De Sulfona - Antibiotics		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipalúdicos - Drugs For Parasites		
ARAKODA ORAL TABLET 100 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 16 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 16 days)
DARAPRIM ORAL TABLET 25 MG (pyrimethamine)	Nivel 3	PA
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG (tafenoquine succinate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 FILL)
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Nivel 2	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 3	PA
QUALAQUIN ORAL CAPSULE 324 MG (quinine sulfate)	Nivel 2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1	
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Adjuvant - Peripheral Dopa-Decarboxylase Inhibitors - Drugs For Viral Infections		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (ledipasvir/sofosbuvir)	Nivel 2	PA
Antiprotozoario-Antibacteriano De 1Era Generación 2-Metil-5-Nitroimidazol - Drugs For Infections		
LIKMEZ ORAL SUSPENSION 500 MG/5 ML (metronidazole)	Nivel 2	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
SPECTRACEF ORAL TABLET 400 MG (cefditoren pivoxil)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG (cefixime)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/5 ML, 500 MG/5 ML (cefixime)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 200 MG (cefixime)	Nivel 2	
Chemicals - Acids - Antibiotics		
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
Chemicals - Bases - Antibiotics		
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (ethionamide)	Nivel 2	
Chemicals-Pharmaceutical Adjuvants - Antibiotics		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Single Agents - Drugs For Parasites		
LAMPIT ORAL TABLET 120 MG, 30 MG (nifurtimox)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BENZODOX 30 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
BENZODOX 60 KIT, CLEANSER ER AND TABLET 100-4.4 MG-% (doxycycline monohydrate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline Monohydrate 100mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 30 days)
Derivados De Nitrofuranos Antibacterianos - Antibiotics		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 2	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Dermatological - Enzyme Combinations - Drugs For Fungus		
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Therapeutic Bath Products - Antibiotics		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Dermatological - Topical Local Anesthetics And Combinations - Drugs For Parasites		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether/lumefantrine)	Nivel 2	
MALARONE ORAL TABLET 250-100 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 2	
MALARONE PEDIATRIC ORAL TABLET 62.5-25 MG (atovaquone/proguanil HCl)	Nivel 2	
Hepatitis C - Análogos De Nucleósido - Drugs For Viral Infections		
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Hepatitis C - Comb De Inhib De Proteasa Ns5a, Ns3/4A, Nucleo.Ns5b Polimerasa - Drugs For Viral Infections		
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hepatitis C - Inhibidor De Ns5a Y Combinación De Inhibidor De Proteasa Ns3/4A - Drugs For Viral Infections		
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 3	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG (glecaprevir/pibrentasvir)	Nivel 3	PA
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (elbasvir/grazoprevir)	Nivel 3	PA
Hepatitis C - Interferones - Drugs For Viral Infections		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (peginterferon alfa-2a)	Nivel 2	PA
Influenza-Agentes Antivirales A - Drugs For Viral Infections		
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Proteasa (No-Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)	Nivel 2	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 3	QL (1 EA per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG (darunavir ethanolate/cobicistat)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (darunavir)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG (darunavir)	Nivel 2	
Inhibidores De Proteasa (Peptídico) Antiretrovirales - Drugs For Viral Infections		
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (atazanavir sulfate/cobicistat)	Nivel 2	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
NORVIR ORAL TABLET 100 MG (ritonavir)	Nivel 2	
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 2	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG (atazanavir sulfate)	Nivel 2	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG (nelfinavir mesylate)	Nivel 2	
Macrolide Antibiotics - Drugs For Parasites		
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Nivel 1	
Macrolide Combinations - Antibiotics		
CLEOCIN HCL ORAL CAPSULE 150 MG, 300 MG, 75 MG (clindamycin HCl)	Nivel 2	
clindamycin palmitate HCl (Cleocin Pediatric Oral Recon Soln 75 Mg/5 Ml)	Nivel 2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG (rifaximin)	Nivel 2	PA
Sars-Cov-2 Antiviral Agent - Main Protease (Mpro) Inhibitors - Drugs For Infections		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5) (nirmatrelvir/ritonavir)	Nivel 0	QL (20 EA per 28 days); Age (Min 12 Years)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG (nirmatrelvir/ritonavir)	Nivel 0	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)	Nivel 0	QL (40 EA per 29 days); Age (Min 18 Years)
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	Nivel 0	MEDICAL BENEFIT; QL (11 EA per 10 days)
Tetracycline Antibiotics And Combinations - Drugs For Fungus		
griseofulvin ultramicrosize (Fulvicin P/G Oral Tablet 165 Mg)	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
Tetracycline Antibiotics Combinations - Drugs For Fungus		
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phosph/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URYL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph,monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 2	
Varios Antiinfecciosos - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
NEBUPENT INHALATION RECON SOLN 300 MG (pentamidine isethionate)	Nivel 2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 2	
Agentes De Terapia Gastrointestinal		
Fecal Microbiota Transplantation (Fmt)		
REBYOTA RECTAL ENEMA 150 ML (fecal microbiota, live-jslm)	Nivel 3	PA
VOWST ORAL CAPSULE (fecal microbiota spores, live-brpk)	Nivel 3	PA
Gastric Acid Secretion Reducer - Potassium-Competitive Acid Blockers		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vonoprazan fumarate)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia Gastrointestinal - Drugs For The Stomach		
Acidificante Colónico (Inhibidor De Amoníaco) - Drugs For The Stomach		
lactulose (Enulose Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
lactulose (Generlac Oral Solution 10 Gram/15 MI)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Aminosalicilatos Y Agentes Relacionados - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
APRISO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.375 GRAM (mesalamine)	Nivel 2	
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	
AZULFIDINE ORAL TABLET 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1,000 MG (mesalamine)	Nivel 2	
COLAZAL ORAL CAPSULE 750 MG (balsalazide disodium)	Nivel 2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (olsalazine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lialda within the past 120 days
LIALDA ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1.2 GRAM (mesalamine)	Nivel 2	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1	
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1	
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG (mesalamine)	Nivel 2	
ROWASA RECTAL ENEMA KIT 4 GRAM/60 ML (mesalamine with cleansing wipes)	Nivel 2	
SFROWASA RECTAL ENEMA 4 GRAM/60 ML (mesalamine)	Nivel 2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1	
Agente De Intestino Inflamatorio - Antagonista De Receptor De Integrina, Anticuerpo Mc - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML (vedolizumab)	Nivel 3	PA
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Interleucina-12 Y Il-23, Mc Ab - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA
Agente De Intestino Inflamatorio - Inhibidores De Quinasa De Janus (Jak) - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG (upadacitinib)	Nivel 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
Agente Ibs - Antagonistas Selectivos De Receptor 5-Ht3 - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
LOTIRONEX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (alosetron HCl)	Nivel 2	
Agente Ibs - Inhibidor De Intercambiador De Sodio-Hidrógeno 3 (Nhe3) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
IBSRELA ORAL TABLET 50 MG (tenapanor HCl)	Nivel 2	PA
Agentes Antidiarreicos Opioides - Drugs For Diarrhea		
<i>opium tincture oral tincture 10 mg/ml (morphine)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Síndrom De Colon Irritable (Ibs) - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG (lubiprostone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG (lubiprostone)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
LOTRONEX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (alosetron HCl)	Nivel 2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Síndrome Del Intestino Corto (Sbs) - Drugs For The Stomach		
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Nivel 1	
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 3	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 3	
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (octreotide acetate)	Nivel 3	
Agentes Procinéticos Gastrointestinales - Antagonista D2/Agonistas 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
GIMOTI NASAL SPRAY WITH PUMP 15 MG/SPRAY (metoclopramide HCl)	Nivel 3	PA
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REGLAN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (metoclopramide HCl)	Nivel 2	
Agentes Solubilizantes De Cálculos Biliares (Litolisis) - Drugs For The Stomach		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
RELTONE ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG (ursodiol)	Nivel 2	PA
URSO FORTE ORAL TABLET 500 MG (ursodiol)	Nivel 2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Amebicide Combinations - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (linaclotide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG (plecanatide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antidiarreico - Inhibidor De Triptófano De Hidroxilasa - Drugs For Diarrhea		
XERMELO ORAL TABLET 250 MG (telotristat etiprate)	Nivel 3	PA
Antiemético - Antagonistas De Dopamina (D2)/5-Ht3 - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>trimethobenzamide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
Antiemético - Antagonistas De Receptores De Sustancia P-Neurokina 1 (Nk1) - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 21 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 21 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE 80 MG (aprepitant)	Nivel 2	QL (2 EA per 21 days)
EMEND ORAL CAPSULE, DOSE PACK 125 MG (1)- 80 MG (2) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA per 21 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) (aprepitant)	Nivel 2	QL (3 EA per 21 days)
VARUBI ORAL TABLET 90 MG (rolapitant HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 14 days)
Antiemético - Antihistamínicos - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Antiemético - Fenotiazidas - Drugs For Vomiting And Nausea		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	
prochlorperazine (Compazine Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 2	
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Nivel 1	
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antiemético - Tipo Canabinoide - Drugs For Vomiting And Nausea		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
Antiespasmódico Gi - Aminas Terciarias Sintéticas - Drugs For Stomach Cramps		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Antiespasmódico Gi - Compuestos De Amoníaco Cuaternario - Drugs For Stomach Cramps		
DARTISLA ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.7 MG (glycopyrrolate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glycopyrrolate 2mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic And Disinfectant Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
<i>belladonna alkaloids-opium rectal suppository 16.2-30 mg, 16.2-60 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
DONNATAL ORAL ELIXIR 16.2 MG-0.1037 MG/5 ML (5 ML) (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
DONNATAL ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 2	
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral elixir 16.2-0.1037 - 0.0194 mg/5 ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarb-hyoscy-atropine-scop oral tablet 16.2-0.1037 - 0.0194 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
PHENOHYTRO ORAL ELIXIR 16.2-0.1037 -0.0194 MG/5 ML (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (1200 ML per 30 days)
PHENOHYTRO ORAL TABLET 16.2-0.1037 -0.0194 MG (phenobarbital/hyoscyamine sulf/atropine sulf/scopolamine Hb)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Dicyclomine and Hyoscyamine within the past 365 days; QL (8 EA per 1 day)
Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic-Expectorant Comb - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
PRELIEF ORAL TABLET 65 MG (calcium glycerophosphate)	Nivel 2	
Antitussive-Antihistamine-Expectorant Combinations - Drugs For Diarrhea		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1	
LOMOTIL ORAL TABLET 2.5-0.025 MG (diphenoxylate HCl/atropine sulfate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (difenoxin HCl/atropine sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Diphenoxylate/Atropine within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Asthma Therapy - 5-Lipoxygenase Inhibitors - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
CYTOTEC ORAL TABLET 100 MCG, 200 MCG (misoprostol)	Nivel 2	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic Agent Combinations - Drugs For Stomach Cramps		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEVBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
Asthma Therapy - Alpha/Beta Adrenergic-Expectorant Combinations - Drugs For The Stomach		
DAIRY RELIEF ORAL TABLET 3,000 UNIT, 4,500 UNIT, 9,000 UNIT (lactase)	Nivel 1	
<i>lactase oral tablet 3,000 unit, 9,000 unit</i>	Nivel 1	
PAPAYA DIGESTIVE ENZYME CMPLX ORAL TABLET,CHEWABLE (enzymes,digestive)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML (sacrosidase)	Nivel 3	PA
Asthma Therapy - Leukotriene Modulators - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
famotidine (Pepcid Oral Tablet 20 Mg, 40 Mg)	Nivel 2	
Asthma Therapy - Leukotriene Receptor Antagonists - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
ACIPHEX ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG (rabeprazole sodium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 10 MG, 5 MG (rabeprazole sodium)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
DEXILANT ORAL CAPSULE, BIPHASE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG (dexlansoprazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>lansoprazole oral tablet, disintegrat, delay rel 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole Sodium within the past 120 days
NEXIUM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
NEXIUM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 40 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
NEXIUM PACKET ORAL GRANULES DR FOR SUSP IN PACKET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (esomeprazole magnesium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FIBER (PSYLLIUM HUSK-SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/11 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 2	
FIBER (WITH ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
FIBER GUMMIES (WITH B-COMPLEX) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose/vitamin B complex)	Nivel 1	
FIBER GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 1	
FIBER SUPPLEMENT(WHEATDEXTRIN) ORAL POWDER 3 GRAM/3.8 GRAM (wheat dextrin)	Nivel 1	
FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM, 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
FIBERWELL ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (polydextrose)	Nivel 2	
GERI-MUCIL (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
GERI-MUCIL (SUGAR) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
KONSYL SUGAR-FREE ORAL POWDER IN PACKET 6 GRAM (psyllium husk)	Nivel 2	
METAMUCIL (INULIN-CORN FIBER) ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (soluble corn fiber/inulin)	Nivel 2	
NUTRISOURCE FIBER ORAL PACKET (guar gum)	Nivel 1	
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER (guar gum)	Nivel 1	
PREBIOTIC FIBER (FOS) ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 GRAM (fructooligosaccharides)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREBIOTIC FIBER DIGESTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1.7 GRAM (inulin)	Nivel 1	
PREBIOTIC FIBER ORAL TABLET,CHEWABLE 2 GRAM (inulin)	Nivel 1	
PREBIOTIC INULIN-FOS ORAL POWDER 3 GRAM/ 3.8GRAM (SCOOP) (fructooligosaccharides/inulin)	Nivel 2	
<i>psyllium husk (with sugar) oral powder 3 gram/7 gram</i>	Nivel 1	
<i>psyllium husk oral capsule 0.4 gram</i>	Nivel 1	
REGULOID (ASPARTAME) ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL CAPSULE 0.4 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK) ORAL POWDER 3 GRAM/5.4 GRAM, 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/12 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 2	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) ORAL POWDER 3 GRAM/7 GRAM (psyllium husk (with sugar))	Nivel 1	
SMOOTH TEXTURE FIBER ORAL POWDER 3 GRAM/5.8 GRAM (psyllium husk)	Nivel 1	
Fdb Class Undefined - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (eluxadoline)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Gastrointestinal - Agentes Procinéticos - Agonistas De Receptor De 5-Ht4 - Drugs For The Stomach		
MOTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (prucalopride succinate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML (guselkumab)	Nivel 3	PA
Inflammatory Bowel Agent - Sphingosine 1-Phosphate Receptor Modulator - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG (etrasimod arginine)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
Laxantes - Combinaciones De Estimulantes Y Salinas/Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML (sodium picosulfate/magnesium oxide/citric acid)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 350, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (350 ML per 1 FILL)
Laxantes - Salinos/Mezclas Osmóticas - Drugs To Prevent Constipation		
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 -5.84 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride (Gavilyte-G Oral Recon Soln 236-22.74-6.74 -5.86 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
sodium chloride/sodium bicarbonate/potassium chloride/peg (Gavilyte-N Oral Recon Soln 420 Gram)	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
GOLYTELY ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 -5.86 GRAM (peg 3350/sod sulf/sod bicarb/sod chloride/potassium chloride)	Nivel 2	QL (4000 ML per 1 FILL)
MOVIPREP ORAL POWDER IN PACKET 100-7.5-2.691 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sod chloride/KCl/ascorbate sod/vit C)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c oral powder in packet 100-7.5-2.691 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 1, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (1 EA per 1 FILL)
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 4000, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (4000 ML per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM (peg 3350/sodium sulfate/sodium chloride/KCl/ascorbate sodium/vitamin C)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 3, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (3 EA per 1 FILL)
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 354, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (354 ML per 1 FILL)
SUFLAVE ORAL RECON SOLN 178.7-7.3-0.5 GRAM (peg 3350/sodium sulfate,chloride/potassium chlor/magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clenpiq, generic bowel prep, or Sutab within the past 120 days; \$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 2, FILL OF 2 IN 365 DAYS, TRIAL OF CLENPIQ, SUTAB, OR A GENERIC BOWEL PREP PRODUCT, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (2 EA per 1 FILL)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate)	Nivel 2	QL (354 ML per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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)	Nivel 2	\$0 COPAY IF QUANTITY LIMITED TO 24, FILL OF 2 IN 365 DAYS, AND 45-75 YEARS OF AGE; QL (24 EA per 1 FILL)
Lung Surfactants - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 3	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA
Medical Supplies And Dme - Diabetic Supplies - Drugs For Ulcers And Stomach Acid		
KONVOMEPE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2-84 MG/ML (omeprazole/sodium bicarbonate)	Nivel 2	PA
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Lansoprazole, Omeprazole, or Pantoprazole within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1,680 mg, 40-1,680 mg</i>	Nivel 1	PA
Medical Supplies And Dme - Diaphragms - Drugs For Vomiting And Nausea		
BONJESTA ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 20-20 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
DICLEGIS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 10-10 MG (doxylamine succinate/pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
<i>doxylamine-pyridoxine (vit b6) oral tablet, delayed release (dr/ec) 10-10 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Irrigation-Type Syringes - Drugs For Irritable Bowel Syndrome		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG (lubiprostone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG (lubiprostone)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Mezclas De Enzimas Digestivas - Drugs For The Stomach		
BEVITROL ORAL CAPSULE 9,000-112,500- 112,500 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GASTRACID ORAL CAPSULE 100-350-300-20 MG (pepsin/glutamic acid/betaine HCl/gentian root extract)	Nivel 2	
PANCREAZE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,500-35,500- 61,500 UNIT, 16,800-56,800- 98,400 UNIT, 2,600-8,800- 15,200 UNIT, 21,000-54,700- 83,900 UNIT, 37,000-97,300- 149,900 UNIT, 4,200-14,200- 24,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
PANXYME PH ORAL CAPSULE 10.2-10-45 MG (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
PERTZYE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 16,000-57,500- 60,500 UNIT, 24,000-86,250- 90,750 UNIT, 4,000-14,375- 15,125 UNIT, 8,000-28,750- 30,250 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days
VIOKACE ORAL TABLET 10,440-39,150- 39,150 UNIT, 20,880-78,300- 78,300 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Zenpep or Creon within the past 120 days
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT (lipase/protease/amylase (porcine))	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Magnesium - Drugs For Inflammatory Bowel Disease		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release 9 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORTENEMA RECTAL ENEMA 100 MG/60 ML (hydrocortisone)	Nivel 2	
CORTIFOAM RECTAL FOAM 10 % (80 MG) (hydrocortisone acetate)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Nivel 1	
ORTIKOS ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 6 MG, 9 MG (budesonide)	Nivel 2	PA
UCERIS ORAL TABLET, DELAYED AND EXT. RELEASE 9 MG (budesonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Balsalazide within the past 120 days
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 2	
Modificadores De Flora Intestinal - Drugs For Diarrhea		
ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND ORAL CAPSULE 175 MG (Lactobacillus acidophilus, salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 1	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral capsule 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg</i>	Nivel 1	
<i>acidophilus-pectin, citrus oral tablet 25 million cell -100 mg</i>	Nivel 1	
ADULT 50 PLUS PROBIOTIC ORAL CAPSULE 4 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.9)	Nivel 1	
ADVANCED PROBIOTIC ORAL CAPSULE 625 MG (10 BILLION CELL) (L.acidophilus/L.casei/L.lactis/L.rhamnosus/B.lactis/B.longum)	Nivel 2	
ALIGN DUALBIOTIC ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.25 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
AZO DUAL PROTECTION ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL- 15 MG (L.crispatus/L.gasseri/L.jensenii/L.rhamnosus/bacteriophages)	Nivel 2	
AZO VAGINAL HEALTH PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
BACICAP ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,plantarum/B.animalis)	Nivel 2	
BACID WITH LACTOSPORE ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 2	
BENEFIBER ADVANCED ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/maltodextrin/guar gum)	Nivel 2	
BENEFIBER DUAL ACTION ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL-1.5 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 2	
BENEFIBER DUAL ACTION-THEANINE ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL- 3 GRAM-200 MG (Bacillus coagulans/inulin/theanine)	Nivel 2	
BILAC ORAL CAPSULE 33 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
BIOMEPRO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 2	
BIOMEPRO ORAL LIQUID 100 BILLION CELL/104 ML (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus casei/L. rhamnosus)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIOTINEX ORAL CAPSULE 700 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 2	
BIOZEN ORAL CAPSULE 15.5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
CHILD PROBIOTIC DIGEST-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,salivarius/B.bifidum/S.thermophil)	Nivel 2	
CHILDRENS CHEWABLE PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5 BILLION CELL (L. acidophilus/L. rhamnosus/B. breve/S. thermophilus)	Nivel 1	
CHILDREN'S DAILY PROBIOTIC ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 1	
CHILDREN'S PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (L.acidophilus,casei,rhamnosus/B.breve,longum)	Nivel 1	
CLAIRVEE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL- 400 MCG DFE (L. acidophilus/L. rhamnosus/levomefolate sodium/lactoferrin)	Nivel 2	
CRANBERRY-PROBIOTC(BLEND)-VITC ORAL TABLET 150 MM CELL- 250 MG-30 MG (L.acidophilus/L.salivar/B.bifidum/S.thermophilus/cranberry/C)	Nivel 2	
CULTURELLE ABDOMINAL SUPP-CMFT ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL- 4 GRAM (Bacillus coagulans/fucosyllactose)	Nivel 2	
CULTURELLE ADVANCED REGULARITY ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei/Lactobacillus rhamnosus)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS) ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus paracasei,rhamnosus/B.animalis/ascorbic acid)	Nivel 1	
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS) ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 1	
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
DERMACINRX LACTEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBINATE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBISOL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBITRAN ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROBITROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DERMACINRX PROMEROL ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
DIGEST ADV PROBIO PLUS GAS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Bacillus coagulans/digestive enzymes combination no.10)	Nivel 2	
DIGEST PROBIOTIC (S.BOULARDII) ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIGESTIVE ADVANTAGE IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE INTENS BOW ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL- 30,000 UNIT (Bacillus coagulans/protease/amylase/lipase)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE KID PROBIO ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MILLION CELL (Bacillus coagulans)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE LACTOS SUP ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-3,000 UNIT (Bacillus coagulans/lactase)	Nivel 2	
DIGESTIVE ADVANTAGE PROBIOTIC ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 140 MG (Bacillus coagulans/calcium carbonate)	Nivel 2	
DIGESTIVE PROBIOTIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifido infantis,longum)	Nivel 1	
ENVIVE ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,paracasei,Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
ESTROVEN SLIMBIOTICS ORAL CAPSULE 12 BILLION CELL -1.7 MG-2.4 MCG (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus rhamnosus/vit B6/B12)	Nivel 2	
FEM DOPHILUS ORAL CAPSULE 1 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
FLORAJEN WOMEN ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
FLORAMAX ORAL TABLET 1 MILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus bulgaricus)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLORASAVE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 BILLION CELL -15 MG (Lactobacillus no.65/Bifidobac no.7/B.subtilis/bacteriophages)	Nivel 2	
FLORASTART ORAL CAPSULE 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
FLORASTOR ADVANCED ORAL CAPSULE 250-62.5-30 MG (S.boulardii/enzymes/ginger/peppermint leaf/fennel)	Nivel 2	
FLORASTOR DIGEST-METABOLIC ORAL TABLET, CHEWABLE 500 MILLION CELL -1 GRAM-125 MCG (Bacillus coagulans/inulin/cyanocobalamin)	Nivel 2	
FLORASTOR WOMAN'S PROBIOTIC ORAL CAPSULE 11 BILLION CELL -200 MG (L.acidophilus/L.paracasei/L.rhamnosus/theanine)	Nivel 2	
FLORASTOR BABY ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 2	
FLORASTOR KIDS ORAL POWDER IN PACKET 250 MG (Saccharomyces boulardii)	Nivel 2	
FLORASTOR SELECT GUT BOOST ORAL CAPSULE 250-300 MG (Saccharomyces boulardii/inulin)	Nivel 2	
FLORASTOR SELECT IMMUNITY BOOST ORAL CAPSULE 250 MG-60 MG- 10 MCG-10 MG (Saccharomyces boulardii/vitamin C/vitamin D3/zinc gluconate)	Nivel 2	
FLORATUMMYS QUICK DISSOLVE ORAL TABLET, EFFERVESCENT 2 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Bifidobacterium infantis/FOS)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTIFY OPT ADV (L. SALIVARUS) ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.83/Bifido animal, bifid, infant/inulin/acacia)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL-75 MG (Lactobac no.108/B. animal, bifid, infant/S. therm/inulin/acacia)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/B. animalis/B. bifidum/B. infantis)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN ADVANCED ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 90 BILLION CELL-75 MG (Lactobacillus no.102/Bifid anim, bifid/L. lactis/inulin/acacia)	Nivel 2	
FORTIFY OPTIMA WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL (L. acidophilus, gasseri/Bifidobact animalis, bifidum, infantis)	Nivel 2	
FORTIFY PROBIOTIC 50 PLUS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.21/Bifidobacterium combo no.7/inulin)	Nivel 2	
FORTIFY PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG, 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifido animalis, bifidum/inulin)	Nivel 2	
FORTIFY WOMEN PROBIO(L. SALIV.) ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 50 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.32/Bifidobacterium animalis/inulin)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORTIFY WOMEN PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 30 BILLION CELL-50 MG (Lactobacillus combo no.51/Bifidobacterium animalis/inulin)	Nivel 2	
IDEAL BOWEL SUPPORT ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus plantarum)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS ALLERGEN FREE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (L.acidoph, paracasei, plantarum, rhamn/B.animalis, breve)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS BABY ORAL POWDER 3 BILLION CELL- 600 MG/GRAM (Lactobacillus casei/L. rhamnosus/Bifido no.4/GOS)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS EPS ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 25 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobac no.19/Bifidobac breve, longum/Lactoc lactis/P. acidi)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS PLUS FOS ORAL CAPSULE 3.4 BILLION CELL-210 MG (Lactobacillus no.33/Bifido animalis, longum/FOS/inulin)	Nivel 2	
JARRO-DOPHILUS WOMEN ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 BILLION CELL, 5 BILLION CELL (Lactobacillus crispatus/L. gasseri/L. jensenii/L. rhamnosus)	Nivel 2	
<i>L. acidophilus-b. coagulans oral tablet 35 million- 25 million cell</i>	Nivel 1	
LACTEOL DIARRHEASE KIDS ORAL POWDER IN PACKET 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 2	
LACTEOL DIARRHEASE ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus fermentum/Lactobacillus lactis)	Nivel 2	
<i>lactobacillus acidophilus oral capsule 500 million cell</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>Lactobacillus acidophilus</i> oral tablet 0.5 mg (100 million cell)	Nivel 1	
<i>Lactobacillus acidophilus</i> oral tablet 1 billion cell	Nivel 1	
<i>Lactobacillus acidophorus</i> - <i>L.bulgaricus</i> oral tablet 1 million cell	Nivel 1	
LACTOVIVE ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (<i>Lactobacillus acidophilus</i> / <i>Bifidobacterium animalis</i>)	Nivel 1	
MAGE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 15 BILLION CELL -15 MG (<i>L. acidophilus</i> , <i>rhamnosus</i> / <i>Bifidobacterium animalis</i> / <i>B. subtilis</i> /bacteriophages)	Nivel 2	
MVW COMPLETE FORM PROBIOTIC MINI ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 BILLION CELL -15 MG (<i>Lactobacillus</i> / <i>Bifidobacterium</i> / <i>S. boulardii</i> / <i>B. subtilis</i> / <i>S. thermophilus</i> /bacteriophage)	Nivel 2	
MVW COMPLETE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 BILLION CELL -7.5 MG (<i>Lactobacillus</i> / <i>Bifidobacterium</i> / <i>S. boulardii</i> / <i>B. subtilis</i> / <i>S. thermophilus</i> /bacteriophage)	Nivel 2	
NEWFLORA ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (<i>Lactobacillus acidophilus</i>)	Nivel 1	
NUGUT BOWEL SUPPORT PROBIOTIC ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (<i>Lactobacillus plantarum</i>)	Nivel 1	
OMNI-BIOTIC AB-10 ORAL POWDER IN PACKET 5 BILLION CELL (<i>L. acidophilus</i> , <i>paraceticus</i> , <i>plantarum</i> , <i>rhamnosus</i> , <i>salivarius</i> , <i>B. animalis</i> , <i>bifidus</i> , <i>longus</i> - <i>E. faecium</i>)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC BALANCE ORAL POWDER IN PACKET 2 BILLION CELL (<i>L. acidophilus</i> , <i>casei</i> , <i>salivarius</i> / <i>B. animalis</i> / <i>Lactococcus lactis</i> / <i>E. faecium</i>)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNI-BIOTIC HETOX ORAL POWDER IN PACKET 15 BILLION CELL (L.acidophil,brevis,casei,sal/B.anim,bifid/Lactococcus lactis)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC PANDA ORAL POWDER IN PACKET 3 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis, bifidum/Lactococcus lactis)	Nivel 2	
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE ORAL POWDER IN PACKET 7.5 BILLION CELL (L.acido,casei,para,plant,sali/B.anim,bif/Lactococcus lactis)	Nivel 2	
ONE-A-DAY TRUBIOTICS ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
PREBIOMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 1.4 GRAM (xylooligosaccharides)	Nivel 2	
PRIMADOPHILUS BIFIDUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,rhamnosus/Bifidobact.breve,longum)	Nivel 2	
PRIMADOPHILUS ORIGINAL ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 5 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
PRIMIDAR ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
PROBACAP ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
PROBICHEW ORAL TABLET,CHEWABLE 21 BILLION CELL - 1 GRAM (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 2	
PROBIO DEFENSE ORAL CAPSULE 2 BILLION CELL- 2 MG-12.5 MCG (L. helveticus,rhamnosus/B. longum/zinc yeast/selenium yeast)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOFLEXX ORAL CAPSULE 500 MG (Lacto99/B.bifidum/L.lactis/S.boul/S.therm/B.coag/enzyme/herb)	Nivel 2	
PROBIOMAX 350 DF ORAL POWDER IN PACKET 350 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 2	
PROBIOMAX COMPLETE DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 45 BILLION CELL (Lacto no.89/Bifido no.9/L.lactis/S.thermophilus)	Nivel 2	
PROBIOMAX DAILY DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 30 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Nivel 2	
PROBIOMAX DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus,plantarum/Bifido animalis,longum)	Nivel 2	
PROBIOMAX IG 26 DF ORAL CAPSULE 500 MILLION CELL-500 MG (Bacillus coagulans/hyperimmune egg)	Nivel 2	
PROBIOMAX LEAN DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
PROBIOMAX PLUS DF ORAL POWDER IN PACKET 40 BILLION CELL -1.5 GRAM (L.acidophilus,plantarum/B.animalis,longum/S.boulardii/larch)	Nivel 2	
PROBIOMAX SB DF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 35 BILLION CELL (L.acidophilus/L.plantarum/B.animalis/B.longum/S.boulardii)	Nivel 2	
PROBIOMAX SERENITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 17.5 BILLION CELL (Lactobacillus paracasei)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROBIOTIC DIGEST(LACTO,BIFIDO) ORAL CAPSULE 1.5 BILLION CELL (L.acidophilus/L.gasseri/L.rhamnosus/B.bifidum/B.longum)	Nivel 1	
PROBIOTIC FORMULA (INULIN) ORAL CAPSULE 1 BILLION-250 CELL-MG (Bacillus coagulans/inulin)	Nivel 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.10)	Nivel 1	
PROBIOTIC ORAL CAPSULE 3 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 1	
PROBIOTIC PEARLS ACIDOPHILUS ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium longum)	Nivel 2	
PROBIOTIC PEARLS COMPLETE ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.13)	Nivel 2	
PROBIOTIC PEARLS WOMEN'S ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 1 BILLION CELL (Lactobac acidophilus/Lactobac plantarum/Lactobac rhamnosus)	Nivel 2	
PROBIOTIC-10 ORAL CAPSULE 20 BILLION CELL (L.acid,brev,bulg,casei,parac,plant,saliv/Bifidobac animalis)	Nivel 1	
PROBIOTIC-IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 45 MG-25 MCG (Bacillus coagulans,subtilis/vitamin C/vit D3/zinc gluconate)	Nivel 2	
PROBIZEN ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
PROMELLA ORAL CAPSULE 32 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REJUVAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
RELIBIOTIC ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
REPHRESH PRO-B ORAL CAPSULE 5 BILLION CELL (Lactobacillus reuteri/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
RESISTANCE FORMULA PROBIOTIC ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Saccharomyces boulardii)	Nivel 1	
REVITAFLOR ORAL CAPSULE 10 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus)	Nivel 1	
saccharomyces boulardii oral capsule 250 mg	Nivel 1	
saccharomyces boulardii-yeast oral capsule, delayed release(drlec) 5 billion cell- 200 mg	Nivel 1	
SENIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobacillus combination no.4)	Nivel 1	
SIMILAC PROBIOTIC TRI-BLEND ORAL POWDER IN PACKET 1 BILLION CELL (Bifidobacterium animalis/Bifidobacterium infantis/S.thermoph)	Nivel 2	
SUPERIOR PROBIOTIC ORAL CAPSULE 15 BILLION CELL (Lactobac.acidoph,plantar,rhamn/Bifidobac.animal,breve,lon gum)	Nivel 2	
SUREBIOTIC ORAL CAPSULE 31 BILLION CELL (Lactobacillus acidophilus/Bifidobacterium animalis)	Nivel 1	
TRUBIOTICS BABY ORAL DROPS 3 BILLION CELL /0.27 ML (Bifidobacterium animalis)	Nivel 2	
TRUBIOTICS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5BILLION CELL -7.5 MCG-1.8 G (Bacillus subtilis/cholecalciferol (vit D3)/inulin)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia Respiratoria		
Asthma/Copd - Phosphodiesterase-3 And -4 (Pde3 And Pde4) Inhibitors		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 3 MG/2.5 ML (ensifentrine)	Nivel 3	PA
Bronchiectasis Therapy Agents		
BRINSUPRI ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (brensocatic)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Respiratoria - Drugs For The Lungs		
Ace Inhibitor And Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
dexchlorpheniramine maleate oral solution 2 mg/5 ml	Nivel 1	QL (236 ML per 1 FILL)
Agentes Nasales Post-Quirúrgicos - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Nivel 2	PA
Aminopenicillin Antibiotic Combinations - Extended Release - Drugs For Cystic Fibrosis		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG (mannitol)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for inhaled 7% Sodium Chloride solution within the past 120 days; QL (20 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Anestesia Nasal - Allergy		
cocaine nasal solution 4 %	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOPRELTO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 2	
NUMBRINO NASAL SOLUTION 4 % (cocaine HCl)	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blocker (Arb)-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
promethazine HCl (Phenergan Injection Solution 25 Mg/ML, 50 Mg/ML)	Nivel 2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
promethazine HCl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg, 50 Mg)	Nivel 1	
Antianxiety Agent - Antihistamine Type - Allergy		
<i>azelastine-fluticasone nasal spray, non-aerosol 137-50 mcg/spray</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
DYMISTA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 137-50 MCG/SPRAY (azelastine HCl/fluticasone propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Flunisolide (nasal formulation) or Fluticasone within the past 120 days; QL (23 GM per 30 days)
RYALTRIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 665-25 MCG/SPRAY (olopatadine HCl/mometasone furoate)	Nivel 2	QL (29 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibacterial Adjuvants - Drugs For Cystic Fibrosis		
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG (ivacaftor)	Nivel 3	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG (ivacaftor)	Nivel 3	PA
Antibacterial Nitrofurant Derivatives And Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION (olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Antihistamínico De 1Era Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antihistamínico De 1Era Generación- Descongestivo-Combinaciones De Anticolinérgicos - Drugs For Cough And Cold		
RESPA-AR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-90-0.24 MG (pseudoephedrine HCl/chlorpheniramine maleate/bellad alk)	Nivel 1	
Antihistamínico De 2Da Generación- Combinaciones De Descongestivos - Drugs For Cough And Cold		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 12 HR 2.5-120 MG (desloratadine/pseudoephedrine sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitusivo No-Opioide-Combinaciones De Antihistamínicos - Drugs For Cough And Cold		
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antitussives - Drugs For Asthma/Copd		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (12.2 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (fluticasone furoate)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (mometasone furoate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (12 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION, 90 MCG/ACTUATION (budesonide)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Asmanex, Qvar, or Arnuity Ellipta within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML, 1 MG/2 ML (budesonide)	Nivel 2	QL (120 ML per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	QL (21.2 GM per 30 days)
Antitussives - Non-Opioid - Drugs For Asthma/Copd		
<i>zileuton oral tablet, er multiphase 12 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET 600 MG (zileuton)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Montelukast and Zafirlukast within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Asma/Copd - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Drugs For Asthma/Copd		
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG (roflumilast)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Asma/Copd Tx - Comb Adrenérgico Beta-Anticolinérgicos-Glucocorticoide - Drugs For Cystic Fibrosis		
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION (budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (10.7 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 200-62.5-25 MCG (fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Asthma Therapy - Thymic Stromal Lymphopoietin Inhibitor, Mab - Drugs For Asthma/Copd		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) (tezepelumab-ekko)	Nivel 3	PA
Beta Blocker-Diuretic Combinations - Drugs For Allergies		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide (Hydromet Oral Solution 5-1.5 Mg/5 ML)	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Descongestivo-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID 30-10-200 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 2	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN DAC ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5 ML (pseudoephedrine HCl/codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
Combinaciones Antitusivo Opiode-Expectorante - Drugs For Cough And Cold		
<i>codeine-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID 10-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
G TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
GUAIFENESIN AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAR-COF CG ORAL LIQUID 7.5-225 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
MAXI-TUSS AC ORAL LIQUID 10-100 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 8-200 MG/5 ML (codeine phosphate/guaifenesin)	Nivel 1	Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Lavados Nasales - Allergy		
ALKALOL NASAL WASH NASAL SOLUTION (menthol/eucal/thymol/camphor/benz/sod chloride/pot chlorate)	Nivel 2	
Diuretic - Miscellaneous - Allergy		
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1	
Diuretic - Miscellaneous And Potassium Combinations - Allergy		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	Nivel 1	
Diuretic - Osmotic - Allergy		
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Nivel 1	QL (25 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
OMNARIS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 50 MCG (ciclesonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (5 GM per 12 days)
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 40 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.8 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QNASL NASAL HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION (beclomethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for nasal Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (10.6 GM per 30 days)
TICANASE NASAL KIT, SPRAY SUSPENSION AND SPRAY 50 MCG- 0.9 % (fluticasone propionate/sodium chloride/sodium bicarbonate)	Nivel 2	
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following intranasal corticosteroids: Flunisolide, Fluticasone Propionate, or Mometasone within the past 120 days; QL (32 ML per 30 days)
ZETONNA NASAL HFA AEROSOL INHALER 37 MCG/ACTUATION (ciclesonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Flunisolide or Fluticasone within the past 120 days; QL (6.1 GM per 30 days)
Expectorants - Single Agents, General - Drugs For Asthma/Copd		
ACCOLATE ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (zafirlukast)	Nivel 2	
montelukast oral granules in packet 4 mg	Nivel 1	
montelukast oral tablet 10 mg	Nivel 1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg	Nivel 1	
SINGULAIR ORAL GRANULES IN PACKET 4 MG (montelukast sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SINGULAIR ORAL TABLET 10 MG (montelukast sodium)	Nivel 2	
SINGULAIR ORAL TABLET,CHEWABLE 4 MG, 5 MG (montelukast sodium)	Nivel 2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Aminoglicósidos Inhalados - Drugs For Cystic Fibrosis		
BETHKIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/4 ML (tobramycin)	Nivel 3	
KITABIS PAK INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin/nebulizer)	Nivel 2	
TOBI INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 300 MG/5 ML (tobramycin in 0.225 % sodium chloride)	Nivel 2	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG (tobramycin)	Nivel 2	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	Nivel 3	
<i>tobramycin with nebulizer inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Fibrosis Quística - Monobactamas Inhaladas - Drugs For Cystic Fibrosis		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML (aztreonam lysine)	Nivel 2	
Fluoroquinolone Antibiotics - Drugs For Cystic Fibrosis		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG, 4-20-50 MG (vanzacaftor calcium/tezacaftor/deutivacaftor)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG (lumacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) (tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor)	Nivel 3	PA
Implante De Corticoesteroide Para Mantener Permeabilidad Sinusal - Drugs For The Nose		
SINUVA SINUS IMPLANT 1,350 MCG (mometasone furoate)	Nivel 2	PA
Medical Supplies And Dme - Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Perforomist, Serevent, or Striverdi within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BROVANA INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 15 MCG/2 ML (arformoterol tartrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Perforomist, Serevent, or Striverdi within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 20 MCG/2 ML (formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (120 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE (salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Oral Hygiene-Dental Supplies - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Albuterol Sulfate 90mcg HFA inhaler within the past 120 days
XOPENEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 45 MCG/ACTUATION (levalbuterol tartrate)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Peritoneal Dialysis Devices - Drugs For Cough And Cold		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension, extended rel 12 hr 10-8 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 1 day); Age (Min 18 Years)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 8-54.3 MG (chlorpheniramine maleate/codeine phosphate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Promethazine/Codeine within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
Nasal Decongestant Combinations Other - Drugs For Asthma/Copd		
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
Nasal Mast Cell Stabilizer-Antihistamine Combinations - Drugs For Asthma/Copd		
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Nasal Preparations - Nicotinic Receptor Partial Agonist - Drugs For The Nose		
TYRVAYA NASAL SPRAY, METERED, NON-AEROSOL 0.03 MG/SPRAY (varenicline tartrate)	Nivel 2	PA
Non-Opioid Antitussive-1st Generation Antihistamine-Analgesic Comb. - Drugs For Asthma/Copd		
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML (2 %) (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG (alpha-1-proteinase inhibitor)	Nivel 3	PA
Opioid Antitussive-Antihistamine-Decongestant-Analgesic Combinations - Drugs For The Lungs		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 120 MG/1.5 ML, 240 MG/3 ML (poractant alfa)	Nivel 2	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION 35 MG/ML (calfactant)	Nivel 2	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION 25 MG/ML (beractant)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Peripheral Alpha-1 Receptor Blocker-Diuretic Combination - Drugs For Allergies		
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
CLARINEX ORAL TABLET 5 MG (desloratadine)	Nivel 2	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Desloratadine or Levocetirizine tablets within the past 120 days
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Peripheral Vasodilators - Drugs For The Lungs		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML (dornase alfa)	Nivel 3	PA
Terapia De Asma - Agentes Adrenérgicos Alfa/Beta - Drugs For Asthma/Copd		
<i>epinephrine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-4 (Il-4), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA
Terapia De Asma - Antagonistas Alfa De Receptores De Interleucinas-5 (Il-5), Mab - Drugs For Asthma/Copd		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML (benralizumab)	Nivel 3	PA
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales - Antagonistas De Interleucinas-5 (Il-5) - Drugs For Asthma/Copd		
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (mepolizumab)	Nivel 3	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML (mepolizumab)	Nivel 3	PA
Terapia De Asma - Anticuerpos Monoclonales Para Inmunoglobina E (Ige) - Drugs For Asthma/Copd		
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 3	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML (omalizumab)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 400-12 MCG/ACTUATION (aclidinium bromide/formoterol fumarate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Anoro Ellipta and Stiolto Respimat within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION (tiotropium bromide/olodaterol HCl)	Nivel 2	QL (4 GM per 30 days)
Terapia De Asma/Copd - Combinaciones Adrenérgico Beta-Glucocorticoide - Drugs For Asthma/Copd		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (12 GM per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 113-14 MCG/ACTUATION, 232-14 MCG/ACTUATION, 55-14 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate/salmeterol xinafoate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION (albuterol sulfate/budesonide)	Nivel 2	QL (32.1 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate/vilanterol trifenate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
budesonide/formoterol fumarate (Breynd Inhalation Hfa Aerosol Inhaler 160-4.5 Mcg/Actuation, 80-4.5 Mcg/Actuation)	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (30.9 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (39 GM per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION (mometasone furoate/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (13 GM per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION (budesonide/formoterol fumarate)	Nivel 2	QL (30.9 GM per 30 days)
fluticasone propionate/salmeterol xinafoate (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device 100-50 Mcg/Dose, 250-50 Mcg/Dose, 500-50 Mcg/Dose)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar		
Agents To Treat Cerebrotendinous Xanthomatosis (Ctx)		
CHENODAL ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA
CTEXLI ORAL TABLET 250 MG (chenodiol)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Non-Alcoholic Steatohepatitis (Nash) Agents - Thr-Beta Agonist		
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG (resmetirom)	Nivel 3	PA
Peroxisome Proliferator-Activated Receptor (Ppar) Agonist		
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG (elafibranor)	Nivel 3	PA
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG (seladelpar lysine)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Sistema Hepatobiliar - Drugs For The Liver		
Agonista De Receptor De Farnesoide X (Fxr), Análogo De Ácido Biliar - Drugs For The Liver		
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (obeticholic acid)	Nivel 3	PA
Ileal Bile Acid Transporter (Ibat) Inhibitor - Drugs For The Liver		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG, 400 MCG (odevixibat)	Nivel 3	PA
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG (odevixibat)	Nivel 3	PA
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML, 9.5 MG/ML (maralixibat chloride)	Nivel 3	PA
LIVMARLI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (maralixibat chloride)	Nivel 3	PA
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos		
Analgesic - Opioid Antagonists		
LOTREXONE ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NALTREX ORAL CAPSULE 1.5 MG, 4.5 MG (naltrexone HCl)	Nivel 2	
Analgesic - Selective Sodium Channel Blockers		
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG (suzetrigine)	Nivel 2	PA
Anti-Inflammatory - Antimitotics		
LODOCO ORAL TABLET 0.5 MG (colchicine)	Nivel 2	
Analgésico, Antiinflamatorios O Antipiréticos - Drugs For Pain And Fever		
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, No-Selectivos - Arthritis And Pain Drugs		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 3	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA
Agentes Inhibidores De Factor Antiinflamatorio De Necrosis Tumoral, Tnf-Alfa Sel - Arthritis And Pain Drugs		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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)	Nivel 2	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML (infliximab-dyyb)	Nivel 3	PA
Agonistas De Analgésico De Opioides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
DEMEROL (PF) INJECTION SYRINGE 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML (meperidine HCl/PF)	Nivel 2	
DEMEROL INJECTION SOLUTION 50 MG/ML (meperidine HCl)	Nivel 2	
DILAUDID (PF) INJECTION SYRINGE 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML (hydromorphone HCl/PF)	Nivel 2	
DILAUDID ORAL LIQUID 1 MG/ML (hydromorphone HCl)	Nivel 2	
DILAUDID ORAL TABLET 2 MG, 4 MG, 8 MG (hydromorphone HCl)	Nivel 2	
DISKETS ORAL TABLET, SOLUBLE 40 MG (methadone HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET IN APPLICATOR 30 MCG (sufentanil citrate)	Nivel 2	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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 syringe 1,000 mcg/50 ml (20 mcg/ml), 500 mcg/50 ml (10 mcg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl citrate buccal tablet, effervescent 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 1	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>hydrocodone bitartrate oral capsule, oral only, er 12hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>hydromorphone (pf) injection syringe 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone (pf)-0.9 % nacl intravenous pt controlled analgesia syringe 30 mg/30 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (40 ML per 1 day)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (methadone HCl)	Nivel 2	QL (4 ML per 1 day)
methadone HCl (Methadose Oral Tablet, Soluble 40 Mg)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine (pf) intravenous syringe 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine in 0.9 % sodium chlor intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine intramuscular pen injector 10 mg/0.7 ml</i>	Nivel 1	
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 120 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, er multiphase 24 hr 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day)
<i>morphine oral capsule, extend. release pellets 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (oxycodone HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 80 MG (oxycodone HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QDOLO ORAL SOLUTION 5 MG/ML (tramadol HCl)	Nivel 2	
ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (oxycodone HCl)	Nivel 2	
ROXYBOND ORAL TABLET, ORAL ONLY 10 MG, 15 MG, 30 MG, 5 MG (oxycodone HCl)	Nivel 2	
<i>tramadol oral capsule, er biphase 24 hr 17-83 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral capsule, er biphase 24 hr 25-75 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tramadol oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG (oxycodone myristate)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (8 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgesico De Opiode Dihidrocodeína, Analgesico No-Salicilato, Xantina - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgesico De Opiode Hidrocodona Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
APADAZ ORAL TABLET 4.08-325 MG, 6.12-325 MG, 8.16-325 MG (benzhydrocodone HCl/acetaminophen)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet 4.08-325 mg, 6.12-325 mg, 8.16-325 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Norco (Hydrocodone/Acetaminophen) tablets within the past 120 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 2	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Analgésico De Opioide Tramadol Y Combinaciones Nsaid - Arthritis And Pain Drugs		
SEGLENTIS ORAL TABLET 44-56 MG (tramadol HCl/celecoxib)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinación De Analgésico No-Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
COMBOGESIC ORAL TABLET 97.5-325 MG (ibuprofen/acetaminophen)	Nivel 2	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Análogos De Prostaglandina - Arthritis And Pain Drugs		
ARTHROTEC 50 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 50-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 2	
ARTHROTEC 75 ORAL TABLET,IR,DELAYED REL,BIPHASIC 75-200 MG-MCG (diclofenac sodium/misoprostol)	Nivel 2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	Nivel 1	
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Antagonista De Receptor De Histamina H2 - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic prescription strength Ibuprofen 400, 600, or 800mg within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Inhibidor De Bomba De Protones - Arthritis And Pain Drugs		
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg, 500-20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Naproxen within the past 120 days
Analgésico Nsaid Y Combinaciones De Irritante Tópico Y Antiirritante - Arthritis And Pain Drugs		
INFLAMMACIN KIT 75 MG- 0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
INFLATHERM(DICLOFENAC-MENTHOL) KIT, GEL AND TABLET DELAY REL 75 MG-3 %- 3 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 2	
NAPROTIN KIT 500 MG- 0.025 % (naproxen/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
Analgésico Nsaid, Inhibidores Selectivos De Ciclooxygenasa-2 (Cox-2) - Arthritis And Pain Drugs		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 400 MG, 50 MG (celecoxib)	Nivel 2	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos De Salicilato - Arthritis And Pain Drugs		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
DISALCID ORAL TABLET 500 MG, 750 MG (salsalate)	Nivel 2	
DOLOBID ORAL TABLET 250 MG (diflunisal)	Nivel 2	
DOLOBID ORAL TABLET 375 MG (diflunisal)	Nivel 1	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>salsalate oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Antranílico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>meclofenamate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Fenilacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac submicronized oral capsule 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
diclofenac potassium (Lofena Oral Tablet 25 Mg)	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
TRESNI RECTAL SUPPOSITORY 100 MG (diclofenac sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZORVOLEX ORAL CAPSULE 18 MG, 35 MG (diclofenac submicronized)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Diclofenac Sodium within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Propiónico - Arthritis And Pain Drugs		
ANAPROX DS ORAL TABLET 550 MG (naproxen sodium)	Nivel 2	
COXANTO ORAL CAPSULE 300 MG (oxaprozin)	Nivel 1	
DAYPRO ORAL TABLET 600 MG (oxaprozin)	Nivel 2	
EC-NAPROSYN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 2	
EC-NAPROXEN ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 375 MG, 500 MG (naproxen)	Nivel 1	
<i>fenoprofen oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
FENOPRON ORAL CAPSULE 300 MG (fenoprofen calcium)	Nivel 2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
ibuprofen (Ibu Oral Tablet 400 Mg, 600 Mg, 800 Mg)	Nivel 1	
IBUPAK ORAL KIT 600 MG (ibuprofen/glycerin)	Nivel 2	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 300 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	Nivel 1	
ketoprofen (Kiprofen Oral Capsule 25 Mg)	Nivel 1	
flurbiprofen (Lurbipr Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
flurbiprofen (Lurbiro Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 1	
NAPROSYN ORAL TABLET 500 MG (naproxen)	Nivel 2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet, er multiphase 24 hr 375 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxaprozin oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Derivados De Oxicam - Arthritis And Pain Drugs		
FELDENE ORAL CAPSULE 20 MG (piroxicam)	Nivel 2	
<i>meloxicam oral suspension 7.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam submicronized oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior precriptions for generic Meloxicam and Diclofenac tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Analgésicos Nsaid (Cox No-Específico) - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (20 EA per 5 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
RELAFEN DS ORAL TABLET 1,000 MG (nabumetone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Nabumetone tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 18 Years)
SPRIX NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 15.75 MG/SPRAY (ketorolac tromethamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic nonsteroidal anti-inflammatory drug within the past 120 days; QL (5 EA per 30 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
TORONOVA II SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
TORONOVA SUIK KIT 30 MG/ML (ketorolac/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
Analgésicos Nsaid (Inhibidores De Ciclooxygenasa-No Selectiva) - Arthritis And Pain Drugs		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Analgésicos Nsaid, (Cox No-Específico) - Derivados De Ácido Indolacético - Arthritis And Pain Drugs		
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin rectal suppository 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	Nivel 1	
etodolac (Lodine Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 2	
Antagonistas De Receptores Antiinflamatorios - Interleucinas-1 - Arthritis And Pain Drugs		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG (rilonacept)	Nivel 3	PA
Anti-Inflammatory - Complement (C5) Receptor Inhibitors - Arthritis And Pain Drugs		
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG (avacopan)	Nivel 3	PA
Antitubercular - Cyclic Peptide Antibiotics - Arthritis And Pain Drugs		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 2	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitubercular - D-Alanine Analogs - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (100 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
PLAQUENIL ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (100 EA per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (hydroxychloroquine sulfate)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Oxycodona - Arthritis And Pain Drugs		
oxycodone HCl/acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 5-325 Mg, 7.5-325 Mg)	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Nalocet Oral Tablet 2.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (66 ML per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (61 ML per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone HCl/acetaminophen (Primlev Oral Tablet 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Solution 10-300 Mg/5 MI)	Nivel 2	QL (66 ML per 1 day)
oxycodone HCl/acetaminophen (Prolate Oral Tablet 10-300 Mg, 5-300 Mg, 7.5-300 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Oxycodone IR and Oxycodone/Acetaminophen 325mg tablets within the past 365 days; QL (13 EA per 1 day)
Combinaciones De Analgésico De Opiode Tramadol - Arthritis And Pain Drugs		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Combinaciones De Analgésico De Opioides Dihidrocodeína - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-caff-dihydrocod oral capsule 320.5-30-16 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Acetaminophen/Codeine tablets within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Salicilato Analgésico - Arthritis And Pain Drugs		
<i>choline,magnesium salicylate oral liquid 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Combinaciones De Salicilato Analgésico Y Sedantes - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-aspirin-cafeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-aspirin-cafeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
Contraceptive Injectable - Progestin - Arthritis And Pain Drugs		
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 3	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (upadacitinib)	Nivel 3	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG (upadacitinib)	Nivel 3	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG (tofacitinib citrate)	Nivel 3	PA
Dmard - Antagonista De Receptor De Interleucinas-1 (IL-1Ra) - Arthritis And Pain Drugs		
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML (anakinra)	Nivel 3	PA
Dmard - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 (Pde4) - Arthritis And Pain Drugs		
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 3	PA
Dmard - Inhibidores De Receptor De Interleucinas-6 (Il-6), Anticuerpo Monoclonal - Arthritis And Pain Drugs		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 3	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab)	Nivel 3	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 3	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML (sarilumab)	Nivel 3	PA
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 3	
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML (tocilizumab-aazg)	Nivel 3	
Dmard - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Arthritis And Pain Drugs		
ARAVA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (leflunomide)	Nivel 2	
LEFLUNICLO KIT,GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 2	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
Dmard - Otros - Arthritis And Pain Drugs		
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 500 MG (sulfasalazine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (abatacept)	Nivel 3	PA
Spermicides - Arthritis And Pain Drugs		
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i>	Nivel 1	
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	Nivel 2	
Urinary Anti-Infective Combinations - Arthritis And Pain Drugs		
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule 50-300 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Butalbital/acetaminophen 50mg-325mg combination product within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral solution 50-325-40 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Esgic Oral Tablet 50-325-40 Mg)	Nivel 2	
butalbital/acetaminophen/cafeine (Fioricet Oral Capsule 50-300-40 Mg)	Nivel 1	
butalbital/acetaminophen (Tencon Oral Tablet 50-325 Mg)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Urinary Antispasmodics - Arthritis And Pain Drugs		
BELBUCA BUCCAL FILM 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG (buprenorphine HCl)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (2 EA per 1 day)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MCG/HOUR, 15 MCG/HOUR, 20 MCG/HOUR, 5 MCG/HOUR, 7.5 MCG/HOUR (buprenorphine)	Nivel 2	ST: Requires 7 consecutive days therapy of current short-acting opioid prescription; QL (4 EA per 28 days)
<i>nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pentazocine-naloxone oral tablet 50-0.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vaginal Antifungal - Azole Agents - Arthritis And Pain Drugs		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1	QL (184 ML per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	Nivel 1	QL (13 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	
Vaginal Anti-Infectives - Arthritis And Pain Drugs		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (150 ML per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	Nivel 1	Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	Nivel 1	QL (12 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>codeine phosphate/butalbital/aspirin/caffeine (Ascomp With Codeine Oral Capsule 30-50-325-40 Mg)</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
FIORICET WITH CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG (butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine phosphate)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Vaginal Estrogens - Arthritis And Pain Drugs		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (0.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (1 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (1.2 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (1.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (1.6 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (1.8 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (2 ML per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (2.4 ML per 28 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML (methotrexate/PF)	Nivel 2	QL (0.6 ML per 28 days)
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Vaginal Progestins - Arthritis And Pain Drugs		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous pen injector 40 mg/0.4 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 3	PA
<i>adalimumab-adaz subcutaneous syringe 10 mg/0.1 ml, 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i>	Nivel 3	PA
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) (certolizumab pegol)	Nivel 3	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML (etanercept)	Nivel 3	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML) (etanercept)	Nivel 3	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)	Nivel 3	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-ryvk)	Nivel 3	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML (golimumab)	Nivel 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (golimumab)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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)	Nivel 2	PA
Anestésicos - Drugs For Pain And Fever		
Anestesia General - Inhalante Volatil - Drugs For Sedation		
<i>desflurane inhalation liquid 100 %</i>	Nivel 1	
FORANE INHALATION LIQUID 99.9 % (isoflurane)	Nivel 2	
<i>isoflurane inhalation liquid 99.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sevoflurane inhalation liquid 99.97 %</i>	Nivel 1	
SUPRANE INHALATION LIQUID 100 % (desflurane)	Nivel 2	
isoflurane (Terrell Inhalation Liquid 99.9 %)	Nivel 1	
ULTANE INHALATION LIQUID 99.97 % (sevoflurane)	Nivel 2	
Anestesia General - Parenteral, Benzodiacepinas - Drugs For Sedation		
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
Anestesia, No-Parenteral-Benzodiacepinas-Combinaciones Anti-Eméticas - Drugs For Sedation		
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN) SUBLINGUAL TROCHE 3-25-2 MG (midazolam/ketamine HCl/ondansetron HCl)	Nivel 1	
Complementos De Anestesia General - Opioide - Drugs For Sedation		
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous patient control.analgesia soln 1,500 mcg/30 ml (50 mcg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cystinosis Therapy (Cystine Depleting Agents) - Drugs For Sedation		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %</i>	Nivel 1	
LIDOMARK 1-5 KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 2	
LIDOMARK 2-5 KIT 20 MG/ML (2 %) (lidocaine HCl/PF/adhesive bandage)	Nivel 2	
MARVONA SUIK (PF) KIT 0.5 % (5 MG/ML) (bupivacaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
Anthelmintic		
Antineoplastic - Akt (Protein Kinase B (Pkb)) Inhibitor		
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG (capivasertib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Caseinolytic Protease P (Clpp) Activators		
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG (dordaviprone HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (20 EA per 28 days)
Antineoplastic - Gamma-Secretase Inhibitor (Gsi)		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (nirogacestat hydrobromide)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Janus Kinase (Jak), Acvr1/Alk2 Inhibitors		
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (mometinib dihydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Menin Inhibitors		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG, 25 MG (revumenib citrate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Ornithine Decarboxylase (Odc) Inhibitors		
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG (eflornithine HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Parp Inhibitor And Antiandrogen Combinations		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG (niraparib tosylate/abiraterone acetate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Systemic Enzyme Inhibitors Combinations		
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG (avutometinib potassium/defactinib hydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic-Isocitrate Dehydrogenase-1 And -2 (Idh1 And Idh2) Inhib		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG (vorasidenib citrate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Anthelmintic - Drugs For Cancer		
Agentes De Protección Del Tracto Urinario Usados En Conjunto Con Quimioterapia - Drugs For Cancer		
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (mesna)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Agentes De Rescate De Metotrexato - De Tipo Antagonista De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Rescate De Metotrexato - Drugs For Cancer		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Androgen-Herbal And/Or Nutrient Combinations - Drugs For Cancer		
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antibiótico De Antineoplásico - Otros - Drugs For Cancer		
JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL KIT 40 MG X 2 (mitomycin)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Agente Alquilante - Alquilsulfanato - Drugs For Cancer		
MYLERAN ORAL TABLET 2 MG (busulfan)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Agente Alquilante - Gas Nitrógeno - Drugs For Cancer		
ALKERAN ORAL TABLET 2 MG (melphalan)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
HEPZATO (50 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 3	
HEPZATO (62 MM CATHETER) INTRA-ARTERIAL RECON SOLN 50 MG (melphalan HCl)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (chlorambucil)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Agente Alquilante - Triazenos - Drugs For Cancer		
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antagonistas De Receptores De Estrógeno - Drugs For Cancer		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG (elacestrant HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Ácido Fólico - Drugs For Cancer		
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (methotrexate sodium)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML (methotrexate)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Methotrexate tablets or injection solution within the past 120 days if 12 years of age and older; QL (120 ML per 60 days)
Antineoplásico - Antimetabolito - Análogos De Pirimidinas - Drugs For Cancer		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG (azacitidine)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XELODA ORAL TABLET 150 MG, 500 MG (capecitabine)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplasico - Antimetabolito - Análogos De Purina - Drugs For Cancer		
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; ST: Requires prior prescription for Mercaptopurine tablets within the past 120 days
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolito - Derivados De Urea - Drugs For Cancer		
HYDREA ORAL CAPSULE 500 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Antimetabolitos - Combinaciones De Análogos De Pirimidina - Drugs For Cancer		
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG (trifluridine/tipiracil HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Antisuprarrenales - Drugs For Cancer		
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (mitotane)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Epipodofilotoxina - Drugs For Cancer		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Cancer		
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE 100 MG/5 ML (cromolyn sodium)	Nivel 2	
Antineoplásico - Inhib De Cinasa De Receptores De Factor De Crecimiento De Fibroblasto (Fgfr) - Drugs For Cancer		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG (erdafitinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) (futibatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG (pemigatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidor De Quinasa Receptora De Tropomiosina (Trk) - Drugs For Cancer		
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (larotrectinib sulfate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (larotrectinib sulfate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Enzimas De Proteasoma - Drugs For Cancer		
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG (ixazomib citrate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Exportina-1 (Xpo1) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma Anaplásico De Cinasa - Drugs For Cancer		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (alectinib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG (brigatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) (brigatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (ensartinib hydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (lorlatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG (crizotinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG (crizotinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG (ceritinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Linfoma-2 De Células B (Bcl-2) - Drugs For Cancer		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG (venetoclax)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG (venetoclax)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 1 (Midh1) - Drugs For Cancer		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG (olutasidenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG (ivosidenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Mutaciones De Isocitrato Deshidrogenasa 2 (Midh2) - Drugs For Cancer		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (enasidenib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Alfa - Drugs For Cancer		
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG (inavolisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) (alpelisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Pi3k-Delta Y Gamma - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores De Poli (Adp-Ribosa) Polimerasa (Parp) - Drugs For Cancer		
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (olaparib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG (rucaparib camsylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (talazoparib tosylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (niraparib tosylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Proteína De Tirosina Quinasa - Drugs For Cancer		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG (repotrectinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG (avapritinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (bosutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG (bosutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG (zanubrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG (acalabrutinib maleate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (vandetanib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG (nilotinib tartrate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG (tivozanib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG (fruquintinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
GLEEVEC ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (imatinib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG (taletrectinib adipate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (ibrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (ibrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML (imatinib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (axitinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (pirtobrutinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) (lenvatinib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib esylate)	Nivel 3	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG (ripretinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG (vimseltinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (entrectinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG (entrectinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (midostaurin)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG (asciminib hydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (sunitinib malate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (capmatinib hydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG (nilotinib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG (tepotinib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG (pexidartinib hydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG (pazopanib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Braf - Drugs For Cancer		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG (encorafenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML (tovorafenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6) (tovorafenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG (dabrafenib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG (vemurafenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mek1 Y Mek2 - Drugs For Cancer		
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG (cobimetinib fumarate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG (mirdametinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG (mirdametinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (selumetinib sulfate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG (binimetinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Quinasa Mtor - Drugs For Cancer		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (everolimus)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
everolimus (Torpenz Oral Tablet 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Inhibidores De Tipo Fms De Tirosina Quinasa 3 (Flt3) - Drugs For Cancer		
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG (quizartinib dihydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG (gilteritinib fumarate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Inhibidores Selectivos De Exportación Nuclear (Sine) - Drugs For Cancer		
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) (selinexor)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplásico - Interferones - Drugs For Cancer		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML (ropeginterferon alfa-2b-njft)	Nivel 3	PA
Antineoplásico - Quinasa De Janus(Jak), Inhib De Tipo Fms De Tirosina Quinasa(Flt) - Drugs For Cancer		
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG (fedratinib dihydrochloride)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (4 EA per 1 day)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG (pacritinib citrate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (4 EA per 1 day)
Antineoplásico - Retinoides - Drugs For Cancer		
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplásico - Supresores Pituitario Antagonistas Lhrh (Gnrh) - Drugs For Cancer		
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG (degarelix acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG (degarelix acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 30 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG (relugolix)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Epidermal Growth Factor Receptor-2 (Her2) Inhibitor - Drugs For Cancer		
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG (zongertinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (3 EA per 1 day)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (tucatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Ezh2 Histone Methyltransferase (Hmt) Inhibitor - Drugs For Cancer		
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG (tazemetostat hydrobromide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Hypoxia Inducible Factor (Hif) Inhibitors - Drugs For Cancer		
WELIREG ORAL TABLET 40 MG (belzutifan)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Kirsten Rat Sarcoma (Kras) Protein Inhibitor - Drugs For Cancer		
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG (adagrasib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG (sotorasib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic - Selective Ret Kinase Inhibitor - Drugs For Cancer		
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG (pralsetinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG (selpercatinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antineoplastic-Pyrimidine Analog And Cytidine Deaminase Inhibitor Comb - Drugs For Cancer		
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG (decitabine/cedazuridine)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antitubercular - Aminobenzoic Acid Analogs - Drugs For Cancer		
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Antitubercular - Rifamycin And Derivatives - Drugs For Cancer		
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG (duvelisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (idelalisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Drugs For Cancer		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (glasdegib maleate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG (vismodegib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (sonidegib phosphate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Fluorouracilo Y Agentes De Rescate Relacionados - Drugs For Cancer		
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM (uridine triacetate)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (24 EA per 14 days)
Hepatitis C - Interferons - Drugs For Cancer		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (palbociclib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3) (ribociclib succinate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (abemaciclib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Hyperuricemia Therapy - Drugs For Cancer		
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib dimaleate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG (neratinib maleate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (dacomitinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Influenza Antiviral Agents - Neuraminidase Inhibitors - Drugs For Cancer		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MG/0.5 ML (asparaginase Erwinia chrysanthemi (recombinant)-rywn)	Nivel 3	
Influenza-A Agents And Combinations - Drugs For Cancer		
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (ruxolitinib phosphate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY; QL (2 EA per 1 day)
Inhibidor De Antineoplásico - Cyp17 (17 Alfa-Hidroxisilasa/C17,20-Lyase) - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
abiraterone acetate (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 1Era Generación - Drugs For Cancer		
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
IRESSA ORAL TABLET 250 MG (gefitinib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG (erlotinib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Inhibidor De Antineoplásico - Tirosina Quinasa Egfr De 3Era Generación - Drugs For Cancer		
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG (lazertinib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (osimertinib mesylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Dentifrices - Drugs For Cancer		
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG (vorinostat)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Foot Care Supplies - Drugs For Cancer		
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TYKERB ORAL TABLET 250 MG (lapatinib ditosylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Masks - Drugs For Cancer		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (lenalidomide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Medical Supplies And Dme - Vaporizers - Drugs For Cancer		
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (cabozantinib s-malate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (cabozantinib s-malate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG (ponatinib HCl)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG (sorafenib tosylate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (regorafenib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Passive Immunizing Agent Combinations - Drugs For Cancer		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
TARGRETIN ORAL CAPSULE 75 MG (bexarotene)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Passive Immunizing Agents - Drugs For Cancer		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG (topotecan HCl)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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 (lomustine)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Prostaglandins - Drugs For Cancer		
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (procarbazine HCl)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Toxoid Vaccines - Drugs For Cancer		
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG (leuprolide acetate)	Nivel 3	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) (leuprolide acetate)	Nivel 3	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 1	PA
Vaccine Mixed Combinations (Bacterial And Viral) - Drugs For Cancer		
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccine Viral Combinations - Drugs For Cancer		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
ARIMIDEX ORAL TABLET 1 MG (anastrozole)	Nivel 0	
AROMASIN ORAL TABLET 25 MG (exemestane)	Nivel 0	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FEMARA ORAL TABLET 2.5 MG (letrozole)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Drugs For Cancer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
abiraterone acetate (Abirtega Oral Tablet 250 Mg)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
CASODEX ORAL TABLET 50 MG (bicalutamide)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG (apalutamide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
NILANDRON ORAL TABLET 150 MG (nilutamide)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (darolutamide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (enzalutamide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (enzalutamide)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone acetate, submicronized)	Nivel 2	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone acetate)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Vaccines - Viral - Drugs For Cancer		
FARESTON ORAL TABLET 60 MG (toremifene citrate)	Nivel 3	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML (tamoxifen citrate)	Nivel 2	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Aromatase Inhibitors - Drugs For Women		
Aniconceptivos De Emergencia - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Nivel 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 0	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
Anticonceptivo Oral - Cuadrafásico - Birth Control Pills		
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	Nivel 0	
NATAZIA ORAL TABLET 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG (estradiol valerate/dienogest)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Rosyrah Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-20 Mcg/ 0.15 Mg-25 Mcg)	Nivel 0	
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)	Nivel 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Nivel 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Nivel 0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	Nivel 0	
etonogestrel/ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24 Hr)	Nivel 0	
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR (etonogestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 2	
Anticonceptivos De Emergencia - De Tipo Agonista/Antagonista De Progesterona - Birth Control Pills		
ELLA ORAL TABLET 30 MG (ulipristal acetate)	Nivel 0	
Anticonceptivos De Emergencia - Tipo Progestina - Birth Control Pills		
AFTER PILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA EZ ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 0	
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
OPTION-2 ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
Antineoplastic - Estrogens - Birth Control Pills		
norethindrone (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Meleya Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG (norethindrone)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	Nivel 0	
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (norgestrel)	Nivel 0	
norethindrone (Orquidea Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
norethindrone (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28) (drospirenone)	Nivel 0	
norethindrone (Tulana Oral Tablet 0.35 Mg)	Nivel 0	
Antineoplastic - Interleukins - Birth Control Pills		
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Altavera (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Amethyst (28) Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
AVERI ORAL TABLET 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG(7) (desogestrel/ethinyl estradiol/ferrous bis-glycinate chelate)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron)	Nivel 2	
norethindrone-ethinyl estradiol (Balziva (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
BEYAZ ORAL TABLET 3-0.02-0.451 MG (24) (4) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Briellyn Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Charlotte 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Chateal Eq (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Cryselle (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Cyred Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg (28))	Nivel 0	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	Nivel 0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Enskyce Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Estarylla Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Falmina (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Feirza Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7), 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
FEMLYV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 1 MG- 20 MCG (norethindrone acetate/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Finzala Oral Tablet,Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Galbriela Oral Tablet,Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Gemmily Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Hailey Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Hailey Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Iclevia Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Introvale Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Jasmiel (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91) (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Joyeaux Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Junel 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Junel Fe 24 Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Kaitlib Fe Oral Tablet,Chewable 0.8Mg-25Mcg(24) And 75 Mg (4))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Kelnor 1/50 (28) Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Kurvelo (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Larin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
LAYOLIS FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4) (norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	Nivel 0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	Nivel 0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levora-28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 2	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 2	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Loestrin Fe 1/20 (28-Day) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 2	
ethinyl estradiol/drospirenone (Loryna (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Lutera (28) Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Marlissa (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Merzee Oral Capsule 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Mibelas 24 Fe Oral Tablet, Chewable 1 Mg-20 Mcg(24) /75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet 1.5 Mg-30 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mili Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol/iron (Minzoya Oral Tablet 0.1 Mg-0.02 Mg (21)/Iron (7))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3 MG- 14.2 MG (28) (drospirenone/estetrol)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Nikki (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	Nivel 0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	Nivel 0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21) (norethindrone-ethinyl estradiol)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Portia 28 Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen (28) Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Nivel 0	
SAFYRAL ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG (21) (7) (drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Setlakin Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (91))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec (28) Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (24)/75 Mg (4))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet 1 Mg-20 Mcg (21)/75 Mg (7))	Nivel 0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Nivel 0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz (28) Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Nivel 0	
TYBLUME ORAL TABLET,CHEWABLE 0.1 MG- 20 MCG (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg (21) (7))	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Valtya Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Vestura (28) Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla (28) Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-0.035 Mg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Wera (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Wymzya Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xelria Fe Oral Tablet,Chewable 0.4Mg-35Mcg(21) And 75 Mg (7))	Nivel 0	
YASMIN (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YAZ (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG (ethinyl estradiol/drospirenone)	Nivel 2	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Nivel 0	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (Zovia 1-35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
ethinyl estradiol/drospirenone (Zumandimine (28) Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Nivel 0	
Antineoplastic - Photosensitizers - Birth Control Pills		
norethindrone-ethinyl estradiol (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Aranelle (28) Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Enpresse Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Nivel 0	
LEENA 28 ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG (norethindrone-ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Levonest (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Nivel 0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	Nivel 0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone-ethinyl estradiol (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
norethindrone-ethinyl estradiol (Nylia 7/7/7 (28) Oral Tablet 0.5/0.75/1 Mg- 35 Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tilia Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol (Trivora (28) Oral Tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10))	Nivel 0	
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.025 Mg)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norgestimate-ethinyl estradiol (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-0.035Mg (28))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet 0.1/.125/.15-25 Mg-Mcg)	Nivel 0	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate (Xarah Fe Oral Tablet 1-20(5)/1-30(7) /1Mg-35Mcg (9))	Nivel 0	
Combinaciones De Anticonceptivos Transdérmicos - Comb. De Estrógeno Y Progestina - Birth Control Pills		
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	Nivel 0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24 HR (levonorgestrel/ethinyl estradiol)	Nivel 0	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Nivel 0	
norelgestromin/ethinyl estradiol (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24 Hr)	Nivel 0	
Contraceptive - Vaginal Ph Modulator - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (lactic acid/citric acid/potassium bitartrate)	Nivel 0	
Diagnostic - Control Reagents - Birth Control Pills		
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG (etonogestrel)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic - Infection Tests - Birth Control Pills		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG (levonorgestrel)	Nivel 0	
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))	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Ashlyna Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Azurette (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Nivel 0	
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7) (levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Jaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Kariva (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	Nivel 0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) (norethindrone acetate-ethinyl estradiol/ferrous fumarate)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Lojaimiess Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.1 Mg-20 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Pimtrea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Simliya (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
levonorgestrel/ethinyl estradiol and ethinyl estradiol (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month 0.15 Mg-30 Mcg (84)/10 Mcg (7))	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Viorele (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
desogestrel-ethinyl estradiol/ethinyl estradiol (Volnea (28) Oral Tablet 0.15-0.02 Mgx21 /0.01 Mg X 5)	Nivel 0	
Diagnostic Test Reagents - Birth Control Pills		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 150 MG/ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Nivel 0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	Nivel 0	
Gout And Hyperuricemia - Antimitotic-Uricosuric Combinations - Birth Control Pills		
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM (copper)	Nivel 0	
PARAGARD T 380A INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	Nivel 0	
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 380 SQUARE MM (copper)	Nivel 0	
Laxative - Bowel Prep Kits - Birth Control Pills		
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	Nivel 0	
VCF CONTRACEPTIVE FILM VAGINAL FILM 28 % (nonoxynol 9)	Nivel 0	
VCF CONTRACEPTIVE GEL VAGINAL GEL 4 % (nonoxynol 9)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Adjuvant - Comt Inhibitors - Drugs For Metabolic Disease		
Metabolic Disease Enzyme Replacement, Molybdenum Cofactor Deficiency - Drugs For Metabolic Disease		
NULIBRY INTRAVENOUS RECON SOLN 9.5 MG (fosdenopterin hydrobromide)	Nivel 3	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Hipofosfatasa - Drugs For Metabolic Disease		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML (asfotase alfa)	Nivel 3	PA
Sustituto De Enzimas De Enfermedad Metabólica, Inmunodeficiencia Severa Combinada - Drugs For Metabolic Disease		
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) (elapegademase-lvlr)	Nivel 3	PA
Antiporphyria Factors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
Agentes Quelantes - Cobre - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
CUVRIOR ORAL TABLET 300 MG (trientine tetrahydrochloride)	Nivel 3	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG (penicillamine)	Nivel 2	PA
D-PENAMINE ORAL TABLET 125 MG (penicillamine)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	PA
SYPRINE ORAL CAPSULE 250 MG (trientine HCl)	Nivel 3	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	Nivel 3	PA
Agentes Quelantes - Envenenamiento De Plomo - Drugs For Overdose Or Poisoning		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (succimer)	Nivel 2	
Agentes Quelantes - Hierro - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1	PA
DESFERAL INJECTION RECON SOLN 500 MG (deferoxamine mesylate)	Nivel 2	PA
EXJADE ORAL TABLET, DISPERSIBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG (deferasirox)	Nivel 3	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG (deferiprone)	Nivel 3	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (deferiprone)	Nivel 3	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (deferiprone)	Nivel 3	PA
JADENU ORAL TABLET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JADENU SPRINKLE ORAL GRANULES IN PACKET 180 MG, 360 MG, 90 MG (deferasirox)	Nivel 3	PA
Antagonistas De Receptor Mu-Opioide, De Acción Periférica - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>alvimopan oral capsule 12 mg</i>	Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (naloxegol oxalate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (methylnaltrexone bromide)	Nivel 2	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 2	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML (methylnaltrexone bromide)	Nivel 2	PA
SYMPROIC ORAL TABLET 0.2 MG (naldemedine tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antídoto - Agente De Reactivación De Colinesterasa - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pralidoxime intramuscular pen injector 600 mg/2 ml</i>	Nivel 2	
Antídoto - Agentes De Anticolinesterásico - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 105 mg</i>	Nivel 2	
Antídoto - Envenenamiento De Acetaminofén - Drugs For Overdose Or Poisoning		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antídoto Otros - Drugs For Overdose Or Poisoning		
GALZIN ORAL CAPSULE 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) (zinc acetate)	Nivel 2	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 2	
Cytoprotective Agents - Drugs For Overdose Or Poisoning		
DUODOTE INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 600-2.1 MG/2ML-MG/0.7ML (pralidoxime chloride/atropine sulfate)	Nivel 2	
Immunosuppressive - Calcineurin Inhibitors - Drugs For Overdose Or Poisoning		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (prussian blue (insoluble))	Nivel 2	
Urinary Antispasmodic Combinations - Drugs For Overdose Or Poisoning		
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
OPVEE NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.7 MG/ACTUATION (nalmefene HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
REXTOVY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (4 EA per 30 days)
ZIMHI INJECTION SYRINGE 5 MG/0.5 ML (naloxone HCl)	Nivel 2	QL (2 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic - Chlorine Releasing		
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein C-ii Synthesis Inhibitors		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 3	PA
Endothelin Receptor Antagonists		
TRYVIO ORAL TABLET 12.5 MG (aprocitentan)	Nivel 3	PA
VANRAFIA ORAL TABLET 0.75 MG (atrasentan hydrochloride)	Nivel 3	PA
Endothelin-Angiotensin Receptor Antagonist		
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sparsentan)	Nivel 3	PA
Factor Xii Inhibitors		
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 ML (garadacimab-gxii)	Nivel 3	PA
Pah-Endothelin Receptor Antagonist-Selective Cgmp Pde5 Inhibitor Comb		
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG (macitentan/tadalafil)	Nivel 3	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Antisense Oligonucleotide (Aso)		
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (donidalorsen sodium)	Nivel 3	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
Pulmonary Antihypertensive Agent - Activin Receptor lia-Fc (Actriia)		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) (sotatercept-csrk)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptic - Chlorine Releasing - Drugs For The Heart		
Abortifacients Or Cervical Ripening Agents - Prostaglandin Analogs - Drugs For The Heart		
digoxin (Digitek Oral Tablet 125 Mcg (0.125 Mg), 250 Mcg (0.25 Mg))	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	Nivel 1	PA
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG) (digoxin)	Nivel 2	
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG) (digoxin)	Nivel 2	PA
Agentes Antihipertensivo Pulmonares - Tipo Prostaciclina - Drugs For High Blood Pressure		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (42) (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG (210) (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 0.125 MG (126)- 0.25 MG(42)-1MG (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (treprostinil diolamine)	Nivel 3	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML (treprostinil sodium)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 3	PA
TYVASO DPI INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 16 MCG, 16(112)-32(112) -48(28) MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG (treprostinil)	Nivel 3	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil)	Nivel 3	PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 3	PA
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) (treprostinil/nebulizer accessories)	Nivel 3	PA
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (treprostinil/nebulizer and accessories)	Nivel 3	PA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (iloprost tromethamine)	Nivel 3	PA
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG (treprostinil sodium)	Nivel 3	PA
Agentes De Antihiperlipidémicos - Fuente Alimenticia - Drugs For Cholesterol		
<i>choline bitartrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>lecithin, soy oral capsule 1,200 mg</i>	Nivel 1	
PHOSPHALINE ORAL CAPSULE 900 MG (phosphatidylcholine)	Nivel 2	
PHOSPHALINE ORAL LIQUID 3 GRAM/5 ML (phosphatidylcholine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Hipertensión Arterial Pulmonar-Inhibidores Selectivos De Cgmp-Pde5 - Drugs For High Blood Pressure		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG (tadalafil)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
tadalafil (Alyq Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
LIQREV ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (sildenafil citrate)	Nivel 3	PA
REVATIO ORAL TABLET 20 MG (sildenafil citrate)	Nivel 2	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 3	PA; SG; QL (2 EA per 1 day)
TADLIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (tadalafil)	Nivel 3	PA
Agentes De Pah - Agonistas Selectivos De Receptor De Protaciclina (Ip) - Drugs For High Blood Pressure		
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (selexipag)	Nivel 3	PA
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)-800 MCG (60) (selexipag)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Micardiopatía Hipertrófica, Ablativo - Drugs For The Heart		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION 99 % (ethyl alcohol)	Nivel 2	
<i>ethyl alcohol intra-arterial solution 99 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Para Tratar Feocromocitona - Drugs For High Blood Pressure		
DEMSEER ORAL CAPSULE 250 MG (metyrosine)	Nivel 3	PA
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 3	PA
Agonistas Central Alfa-2-Diuréticos De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	Nivel 1	
Agonistas De Receptores De Central Alfa-2 - Drugs For High Blood Pressure		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.1 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 2	
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.2 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 2	
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.3 MG/24 HR (clonidine)	Nivel 2	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 24 hr 0.17 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arbs) - Drugs For Cholesterol		
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FUROSCIX SUBCUTANEOUS KIT 80 MG/10 ML (furosemide)	Nivel 3	PA
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
LASIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (furosemide)	Nivel 2	
SOAANZ ORAL TABLET 40 MG (torsemide)	Nivel 2	PA
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antianginal And Anti-Ischemic Agents - Drugs For Angina		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (vericiguat)	Nivel 2	PA
Antiarrhythmic Others - Drugs For Cholesterol		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Nivel 1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Cholestyramine Light Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	
COLESTID ORAL GRANULES 5 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 2	
COLESTID ORAL TABLET 1 GRAM (colestipol HCl)	Nivel 2	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
cholestyramine (Prevalite Oral Powder 4 Gram)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
cholestyramine (Prevalite Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 1	
cholestyramine (Questran Light Oral Powder 4 Gram)	Nivel 2	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder 4 Gram)	Nivel 2	
cholestyramine (with sugar) (Questran Oral Powder In Packet 4 Gram)	Nivel 2	
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM (colesevelam HCl)	Nivel 2	
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG (colesevelam HCl)	Nivel 2	
Antiarrítmico - Tipo Iii - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	Nivel 1	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (dronedarone HCl)	Nivel 2	
amiodarone HCl (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
TIKOSYN ORAL CAPSULE 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG (dofetilide)	Nivel 2	
Antidiabetic - Absorption Modifier Other - Drugs For Cholesterol		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)	Nivel 3	PA
Antidiuretic And Vasopressor Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ARB LI ORAL SUSPENSION 10 MG/ML (losartan potassium)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ATACAND ORAL TABLET 16 MG, 32 MG, 4 MG, 8 MG (candesartan cilexetil)	Nivel 2	
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG (irbesartan)	Nivel 2	
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 5 MG (olmesartan medoxomil)	Nivel 2	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
COZAAR ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (losartan potassium)	Nivel 2	
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG, 320 MG, 40 MG, 80 MG (valsartan)	Nivel 2	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (azilsartan medoxomil)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 80 MG (telmisartan)	Nivel 2	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valsartan tablets within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antihiperlipidémicos - Inhibidor Selectivo De Absorción De Colesterol - Drugs For Cholesterol		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET 10 MG (ezetimibe)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antihiperlipidémicos - Inhibidores De Reductasa Hmg Coa (Estatinas) - Drugs For Cholesterol		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG, 60 MG (lovastatin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML) (atorvastatin calcium)	Nivel 2	PA
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Rosuvastatin within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION 20 MG/5 ML (4 MG/ML), 40 MG/5 ML (8 MG/ML) (simvastatin)	Nivel 2	PA
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Atorvastatin, Lovastatin, Pravastatin, or Simvastatin within the past 365 days; \$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (atorvastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (2 EA per 1 day)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, 40-75 YEARS OF AGE, AND NO HISTORY OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION MEDICATIONS IN 120 DAYS; QL (1 EA per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG (pitavastatin magnesium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Livalo within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Antihiperlipidémicos - Tipo De Ácido Graso Omega-3 - Drugs For Cholesterol		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
omega-3 acid ethyl esters (Lovaza Oral Capsule 1 Gram)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 2	QL (8 EA per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
Antihyperlipidemic - Apolipoprotein Inhibitors - Drugs For Cholesterol		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML (olezarsen sodium)	Nivel 3	PA
Antihyperlipidemic - Atp-Citrate Lyase (Acly) Inhibitor - Drugs For Cholesterol		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (bempedoic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic - Hmg Coa Reductase Inhibitors (Statins) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperlipidemic - Pcsk9 Inhibitor, Monoclonal Antibody (Mab) - Drugs For Cholesterol		
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (alirocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Repatha within the past 120 days
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML (evolocumab)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihyperlipidemic- Atp-Citrate Lyase And Cholesterol Absorption Inhib - Drugs For Cholesterol		
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG (bempedoic acid/ezetimibe)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic statin within the past 120 days
Antihypertensive Therapy Agents - Drugs For Cholesterol		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (dr/lec) 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibric acid oral tablet 105 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	
FENOGLIDE ORAL TABLET 120 MG, 40 MG (fenofibrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
FIBRICOR ORAL TABLET 105 MG, 35 MG (fenofibric acid)	Nivel 2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
LIPOFEN ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (fenofibrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fenofibrate or Gemfibrozil within the past 120 days
LOPID ORAL TABLET 600 MG (gemfibrozil)	Nivel 2	
TRICOR ORAL TABLET 145 MG, 48 MG (fenofibrate nanocrystallized)	Nivel 2	
Beta Adrenergic Blockers - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
DYRENIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (triamterene)	Nivel 2	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bloqueador Beta Selectivo Cardíaco-Tiazida Diurético Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
TENORETIC 100 ORAL TABLET 100-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 2	
TENORETIC 50 ORAL TABLET 50-25 MG (atenolol/chlorthalidone)	Nivel 2	
Bloqueador Beta Selectivo No-Cardíaco-Diurético De Tiazidas Y Comb. Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueador De Canal De Calcio - Nsaid, Cox-2 Combinación De Inhibidor Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
CONSENSI ORAL TABLET 10-200 MG, 2.5-200 MG, 5-200 MG (amlodipine besylate/celecoxib)	Nivel 2	
Bloqueador De Receptores De Angiotensina II (Arb)-Bloqueador De Canal De Calcio-Diuretico - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-12.5 MG, 5-160-25 MG (amlodipine besylate/valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiacid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1	
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG, 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (olmesartan medoxomil/amlodipine besylate/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Benzodiacepinas - Drugs For High Blood Pressure		
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG, 30 MG, 60 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
diltiazem HCl (Cartia Xt Oral Capsule,Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG (diltiazem HCl)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
diltiazem HCl (Tiadyt Er Oral Capsule,Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	
TIAZAC ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG (diltiazem HCl)	Nivel 2	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Dihidroporifinas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (levamlodipine maleate)	Nivel 2	PA
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (amlodipine benzoate)	Nivel 2	PA
<i>levamlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	
NORLIQVA ORAL SOLUTION 1 MG/ML (amlodipine besylate)	Nivel 2	PA
NORVASC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (amlodipine besylate)	Nivel 2	
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 30 MG, 60 MG, 90 MG (nifedipine)	Nivel 2	
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 17 MG, 34 MG, 8.5 MG (nisoldipine)	Nivel 2	
Bloqueadores De Canal De Calcio - Fenilalquilaminas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	
Bloqueantes Ganglionares, No-Despolarizantes - Drugs For High Blood Pressure		
VECAMYL ORAL TABLET 2.5 MG (mecamylamine HCl)	Nivel 3	PA
Calcium And Bone Metabolism Regulators - Other - Drugs For High Blood Pressure		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carvedilol phosphate oral capsule, er multiphase 24 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (carvedilol phosphate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (carvedilol)	Nivel 2	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>labetalol oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Inotropes - Drugs For High Blood Pressure		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG, 32-12.5 MG, 32-25 MG (candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG (irbesartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 40-12.5 MG, 40-25 MG (olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG, 80-12.5 MG (valsartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (azilsartan medoxomil/chlorthalidone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for an ACE inhibitor, ACE inhibitor combination, ARB, or ARB combination within the past 120 days
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG, 50-12.5 MG (losartan potassium/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 80-12.5 MG, 80-25 MG (telmisartan/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	
Cardiac Myosin Inhibitor - Drugs For The Heart		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (mavacamten)	Nivel 3	PA
Combinaciones De Vasodilatadores - Drugs For High Blood Pressure		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG (isosorbide dinitrate/hydralazine HCl)	Nivel 2	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	Nivel 1	
Coronary Vasodilator (Nitrate) Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
UREAPRO ORAL POWDER 15 GRAM/SCOOP (urea)	Nivel 2	
Dermatological - Poison Ivy Products - Drugs For High Blood Pressure		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (nebivolol HCl)	Nivel 2	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 2	
LOPRESSOR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (metoprolol tartrate)	Nivel 2	PA
LOPRESSOR ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (metoprolol tartrate)	Nivel 2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TENORMIN ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (atenolol)	Nivel 2	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (metoprolol succinate)	Nivel 2	
Dermatological - Vasoprotectant Combinations - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Vasoprotectants And Combinations - Drugs For High Blood Pressure		
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>nimodipine oral solution 60 mg/20 ml</i>	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 2	PA
NYMALIZE ORAL SYRINGE 30 MG/5 ML, 60 MG/10 ML (nimodipine)	Nivel 2	PA
Diuréticos - Ahorradores De Potasio-Tiazidas Y Combinaciones Relacionadas - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>spironolactone-hydrochlorothiazide oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, No-Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 2	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 2	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Diuréticos - Antagonista De Receptor De Aldosterona, Selectivo - Drugs For High Blood Pressure		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NORPACE ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (disopyramide phosphate)	Nivel 2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Fertility Enhancer - Ovulation Stimulant - Synthetic (Non-Fsh) - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	
General Anesthetics - Drugs For Cholesterol		
COQMAX OMEGA ORAL CAPSULE 174-50-115-250 MG, 348-500-100 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/coenzyme Q-10)	Nivel 2	
FISH OIL ORAL CAPSULE 1,000 (120-180) MG, 1,200 (144-216) MG, 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 1	
FISH OIL ORAL CAPSULE 300-500 MG, 360-1,200 MG (omega-3 fatty acids/fish oil)	Nivel 1	
FISH OIL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 300-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 1	
<i>inositol-choline bitartrate oral capsule 250-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-ast oral capsule 350-90-24-50 mg, 500-115-30-64 mg</i>	Nivel 1	
LIPOCHOL PLUS ORAL TABLET 0.5 MG (methionine/inositol/choline/folic acid)	Nivel 2	
MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH ORAL CAPSULE 375-350-500-30 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEGARED ADVANCED 4-IN-1 ORAL CAPSULE 339 MG-314 MG- 500 MG, 700 MG-600 MG- 900 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill oil)	Nivel 2	
MEGARED ADVANCED TOTAL BODY ORAL CAPSULE 339-314-500-24 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/fish oil/krill/lutein/zeaxanth)	Nivel 2	
MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 1,000-230-60 MG, 350-90-24-50 MG, 500-115-30-64 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 1,000 (120-180) mg, 200-300-1,000 mg, 300-1,000 mg, 60-90-500 mg</i>	Nivel 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 100-400-1,000 mg, 415-670 mg</i>	Nivel 1	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule 300 mg (120 mg-180mg)-1,000 mg</i>	Nivel 2	
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(dr/ec) 300 mg (120 mg- 180mg)-1,000 mg, 450 mg (128 mg- 322 mg)-650 mg</i>	Nivel 1	
OMEGA MONOPURE DHA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 790 MG-675 MG-118 MG-1,300 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGA MONOPURE EPA EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910-1,300 MG (omega-3 fatty acids/eicosapentaenoic acid (epa)/fish oil)	Nivel 2	
OMEGA MONOPURE ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 430-130-650 MG, 860-260-1,300 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/dpa/fish oil)	Nivel 2	
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 300-1,000 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>omega-3 fatty acids-fish oil oral capsule 360-1,200 mg</i>	Nivel 1	
OMEGA-3 KRILL OIL ORAL CAPSULE 350-90-24-50 MG (krill oil/omega-3 fatty acids/dha/epa/phospholipids/astaxan)	Nivel 1	
<i>omega-3s-dha-epa-fish oil oral capsule 360-600 mg</i>	Nivel 1	
OMEGAPURE 900-TG ORAL CAPSULE 964-257-643 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE PRM ORAL CAPSULE 590-195-245-800 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-600 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 650 MG-240 MG- 360 MG-1,000 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-780 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 910 MG-330 MG- 450 MG-1,400 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-820 ORAL CAPSULE 937.5 MG-320 MG - 500 MG-1,250MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OMEGAPURE-900 EC ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 967 MG-385 MG- 515 MG-1,290 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa/fish oil)	Nivel 2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250-140-47.5 MG (omega-3 fatty acids/dha/epa/Schizochytrium algal oil)	Nivel 2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 500-270-135 MG (omega-3 fatty acids/docosahexaenoic acid/epa)	Nivel 2	
SUPERIOR OMEGA3 WITH VIT D ORAL CAPSULE 1,250 MG-1,375 MG-25 MCG (omega-3/dha/epa/other omega-3s/fish oil/vitamin D3)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRIPLE OMEGA 3-6-9 ORAL CAPSULE 400-400-400 MG (fish oil/borage oil/flaxseed oil/omega 3,6,9 combination no1)	Nivel 1	
Glucocorticoid-Vitamin And/Or Nutrients - Drugs For High Blood Pressure		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG (riociguat)	Nivel 3	PA
Growth Hormones - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
Hipertensión Arterial Pulmonar - Antagonistas De Receptor De Endotelina - Drugs For High Blood Pressure		
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	Nivel 3	PA
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	Nivel 3	PA
bosentan oral tablet for suspension 32 mg	Nivel 3	PA
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (ambrisentan)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	Nivel 3	PA
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	Nivel 3	PA
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG (bosentan)	Nivel 3	PA
Inhib De Antihiperlipidémicos Hmg Coa Reductasa Y Bloqueador De Canal De Calcio - Drugs For Cholesterol		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG, 5-80 MG (amlodipine besylate/atorvastatin calcium)	Nivel 2	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>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROSZET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-5 MG (ezetimibe/rosuvastatin calcium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Atorvastatin and Rosuvastatin tablets within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-10 ORAL TABLET 10-10 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-20 ORAL TABLET 10-20 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-40 ORAL TABLET 10-40 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYTORIN 10-80 ORAL TABLET 10-80 MG (ezetimibe/simvastatin)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
Lhrh (Gnrh) Agonist Analog Pituitary Suppressants - Drugs For Abnormal Heart Rhythms		
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Gloves - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (amlodipine besylate/olmesartan medoxomil)	Nivel 2	
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-160 MG, 5-320 MG (amlodipine besylate/valsartan)	Nivel 2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Incontinence Supplies - Drugs For Angina		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 1,000 MG, 500 MG (ranolazine)	Nivel 2	PA
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
Medical Supplies And Dme - Razors And Blades - Drugs For High Blood Pressure		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (aliskiren hemifumarate)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Steam Inhalers - Drugs For High Blood Pressure		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (ivabradine HCl)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bisoprolol, Carvedilol, or Metoprolol Succinate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Surgical Adhesives - Drugs For High Blood Pressure		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG (sotalol HCl)	Nivel 2	
HEMANGEOL ORAL SOLUTION 4.28 MG/ML (propranolol HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Propranolol oral solution within the past 120 days if 1 year of age and older; QL (360 ML per 30 days)
INDERAL LA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 160 MG, 60 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 2	
INDERAL XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 80 MG (propranolol HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Inderal LA within the past 120 days
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
<i>sotalol HCl (Sotalol Af Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 80 Mg)</i>	Nivel 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION 5 MG/ML (sotalol HCl)	Nivel 2	QL: 8 BOTTLES IN 30 DAYS; ST: Requires prior prescription for Sotalol tablets within the past 120 days
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Metabolic Modifier - Carnitine Replenisher Agents - Drugs For High Blood Pressure		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	
<i>amlodipine besylate/benazepril HCl (Lotrel Oral Capsule 10-20 Mg)</i>	Nivel 2	
<i>LOTREL ORAL CAPSULE 10-40 MG, 5-10 MG, 5-20 MG (amlodipine besylate/benazepril HCl)</i>	Nivel 2	
<i>PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG, 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arginine/amlodipine besylate)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Amlodipine and an ACE Inhibitor within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Metabolic Modifier - Homocystinuria Treatment Agents - Drugs For High Blood Pressure		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (quinapril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (benazepril HCl/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	
VASERETIC ORAL TABLET 10-25 MG (enalapril maleate/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG (lisinopril/hydrochlorothiazide)	Nivel 2	
Oxytotic Mixtures - Drugs For Angina		
GONITRO SUBLINGUAL POWDER IN PACKET 400 MCG (nitroglycerin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for two generic sublingual Nitroglycerin products within the past 365 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ISORDIL ORAL TABLET 40 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 2	
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET 5 MG (isosorbide dinitrate)	Nivel 2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
nitroglycerin (Nitro-Bid Transdermal Ointment 2 %)	Nivel 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.3 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SPRAY, NON-AEROSOL 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 2	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL, SPRAY 400 MCG/SPRAY (nitroglycerin)	Nivel 2	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG (nitroglycerin)	Nivel 2	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 2.5 MG, 6.5 MG, 9 MG (nitroglycerin)	Nivel 1	
Peritoneal Dialysis Solutions - Drugs For High Blood Pressure		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (spironolactone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	Nivel 2	PA
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
INSPIRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (eplerenone)	Nivel 2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (finerenone)	Nivel 2	PA
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Anticuerpo Monoclonal Recombinante - Drugs For The Heart		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 3	PA
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML) (lanadelumab-flyo)	Nivel 3	PA
Plasma Kallikrein Inhibitor Agents, Small Molecule - Drugs For The Heart		
EKTERLY ORAL TABLET 300 MG (sebetralstat)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG (berotralstat hydrochloride)	Nivel 3	PA
Posterior Pituitary Hormones - Drugs For High Blood Pressure		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG (quinapril HCl)	Nivel 2	
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (ramipril)	Nivel 2	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EPANED ORAL SOLUTION 1 MG/ML (enalapril maleate)	Nivel 2	PA
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (benazepril HCl)	Nivel 2	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML (lisinopril)	Nivel 2	PA
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (enalapril maleate)	Nivel 2	
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG (lisinopril)	Nivel 2	
Prolactin Inhibitors - Drugs For High Blood Pressure		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 2	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 4 MG, 8 MG (doxazosin mesylate)	Nivel 2	
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE 10 MG (phenoxybenzamine HCl)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
TEZRULY ORAL SOLUTION 1 MG/ML (terazosin HCl)	Nivel 2	PA
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Agentes Únicos De Terapia De Anafilaxis - Drugs For Serious Allergic Reaction		
AUVI-Q INJECTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	QL (2 EA per 365 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN INJECTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 FILL)
EPIPEN JR INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3 ML (epinephrine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 FILL)
NEFFY NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 1 MG/SPRAY (0.1 ML), 2 MG/SPRAY (0.1 ML) (epinephrine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 FILL)
Simpaticomiméticos Cardiovasculares - Drugs For Serious Allergic Reaction		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG (droxidopa)	Nivel 3	PA
Tetracycline Antibiotics - Drugs For High Blood Pressure		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG (sacubitril/valsartan)	Nivel 2	QL (8 EA per 1 day)
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
Vasodilatadores De Acción Directa - Drugs For High Blood Pressure		
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	Nivel 1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	Nivel 1	
Vasodilatadores Periféricos, Agentes Individuales - Drugs For High Blood Pressure		
papaverine injection solution 30 mg/ml	Nivel 1	
Wound Care - Growth Factor Agents - Drugs For High Blood Pressure		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	Nivel 1	
Wound Care - Thrombolytic Agents - Drugs For High Blood Pressure		
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiseptics And Disinfectants		
Hematopoietic Agents - Hypoxia Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inh		
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (vadadustat)	Nivel 2	PA
Hemophilia Treatment Agents - Small Interfering Rna (Sirna)		
QFITLIA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/0.5 ML (fitusiran sodium)	Nivel 3	PA
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/0.2 ML (fitusiran sodium)	Nivel 3	PA
Pnh - Complement Factor B Inhibitors		
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 3	PA
Pnh - Complement Factor D Inhibitors		
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 3	PA
Antiseptics And Disinfectants - Drugs For The Blood		
Agente Mimético-Factor Viii, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For The Blood		
ALHEMO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML), 300 MG/3 ML (100 MG/ML), 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) (concizumab-mtci)	Nivel 3	PA
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7 ML, 12 MG/0.4 ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML), 60 MG/0.4 ML (emicizumab-kxwh)	Nivel 3	PA
HYMPAVZI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (marstacimab-hncq)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Hemostáticos Tópicos - Drugs To Prevent Bleeding		
ASTRINGYN TOPICAL SOLUTION 259 MG/G (ferric subsulfate)	Nivel 2	
AVITENE FLOUR TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
AVITENE TOPICAL POWDER IN PACKET (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
AVITENE TOPICAL SHEET 35 X 35 MM, 70 X 35 MM, 70 X 70 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
ENDO AVITENE TOPICAL SHEET 10 MM, 5 MM (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
GELFILM IMPLANT FILM (gelatin)	Nivel 2	
GEL-FLOW NT TOPICAL SYRINGE (gelatin sponge, absorbable)	Nivel 2	
GEL-FLOW TOPICAL SYRINGE KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge, absorbable)	Nivel 2	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 CM (gelatin sponge, absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM JMI POWDER TOPICAL KIT 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge, absorbable)	Nivel 2	
GELFOAM JMI SPONGE TOPICAL COMBO PACK 5,000 UNIT (thrombin (bovine)/gelatin sponge, absorbable)	Nivel 2	
GELFOAM MUCOUS MEMBRANE POWDER (gelatin sponge, absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 TOPICAL SPONGE 100 (gelatin sponge, absorbable/porcine skin)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GELFOAM SPONGE SIZE 12-7MM TOPICAL SPONGE 12-7 MM (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 TOPICAL SPONGE 200 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 TOPICAL SPONGE 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
GELFOAM TOPICAL SPONGE 4 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION 0.2 TO 0.22 GRAM/ML IRON (ferric subsulfate)	Nivel 2	
MONSEL'S TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.2 TO 0.22 GRAM/ML (ferric subsulfate)	Nivel 1	
RECOTHROM SPRAY KIT TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 2	
RECOTHROM TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (recombinant))	Nivel 2	
SURGIFOAM TOPICAL SPONGE 100 , 100 CM, 12-7 MM, 50 (gelatin sponge,absorbable/porcine skin)	Nivel 2	
SYRINGE AVITENE TOPICAL POWDER (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
THROMBI-GEL TOPICAL PADS, MEDICATED 10 CM2, 100 CM2, 40 CM2 (thrombin(bov)/calcium chlor/cmc/gel,pork/dressing,hemostatic)	Nivel 1	
THROMBIN-JMI NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL RECON SOLN 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY SYRINGE 20,000 UNIT, 5,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THROMBIN-JMI TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 20,000 UNIT (thrombin (bovine))	Nivel 1	
THROMBI-PAD TOPICAL PADS, MEDICATED 3 X 3 " (thrombin(bov)/calcium chlor/cme-cell sod/dressing, hemostatic)	Nivel 1	
ULTRAFOAM TOPICAL SPONGE 2 X 6.25 X 7 CM-CM-MM, 8 X 12.5 X 1 CM, 8 X 12.5 X 3 CM-CM-MM, 8 X 6.25 X 1 CM (microfibrillar collagen)	Nivel 2	
Agentes Inhibidores De Esterasa C1 - Drugs For The Blood		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 3	PA
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) (C1 esterase inhibitor)	Nivel 3	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT (C1 esterase inhibitor)	Nivel 3	PA
RUCONEST INTRAVENOUS RECON SOLN 2,100 UNIT (C1 esterase inhibitor, recombinant)	Nivel 3	PA
Agentes Para Tratar Attp - Factor Anti Von Willebrand (Vwf) Dominoi A1 - Drugs For The Blood		
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG (caplacizumab-yhdp)	Nivel 3	PA
Agonistas De Receptor De Trombopoyetina - Drugs For The Blood		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG (eltrombopag choline)	Nivel 3	PA
DOPTLET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOPTLET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 3	PA
DOPTLET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG (avatrombopag maleate)	Nivel 3	PA
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 3	PA
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 3	PA
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG (lusutrombopag)	Nivel 3	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 3	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (eltrombopag olamine)	Nivel 3	PA
Antagonistas De Receptores De Quimiocinas Cxcr4 - Drugs For The Blood		
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG (mavorixafor)	Nivel 3	PA
Antibacterial Folate Antagonist - Other Combinations - Drugs For The Blood		
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (vorapaxar sulfate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Anticonvulsant - Barbiturate And Hydantoin Combinations - Drugs For The Blood		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-jmdb)	Nivel 3	PA
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-pbbk)	Nivel 3	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (tbo-filgrastim)	Nivel 3	PA
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 3	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim)	Nivel 3	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim)	Nivel 3	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim)	Nivel 3	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 3	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-aafi)	Nivel 3	PA
NYPOZI INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-txid)	Nivel 3	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-apgf)	Nivel 3	PA
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-ayow)	Nivel 3	PA
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML (eflapeggrastim-xnst)	Nivel 3	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-fpgk)	Nivel 3	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 3	PA
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-cbqv)	Nivel 3	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML (filgrastim-sndz)	Nivel 3	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML (pegfilgrastim-bmez)	Nivel 3	PA
Anticonvulsant Others - Drugs For The Blood		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 3	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 300 MCG/0.6 ML, 40 MCG/0.4 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML (darbepoetin alfa in polysorbate 80)	Nivel 3	PA
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Nivel 3	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)	Nivel 3	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa)	Nivel 3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML (epoetin alfa-epbx)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiparkinson Combination Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Dopaminergic - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium,porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
Antiparkinson Therapy - Drugs For The Blood		
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG (sargramostim)	Nivel 3	PA
Antiparkinson Therapy - Morphine Derivatives - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Nivel 1	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1	
ENOXILUV SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 2	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2,500 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (8 ML per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 25,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (7.6 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (30 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (36 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (43.2 ML per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML (dalteparin sodium,porcine)	Nivel 2	QL (12 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML (dalteparin sodium, porcine)	Nivel 2	QL (18 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/3 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 2	QL (30 ML per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 120 MG/0.8 ML, 150 MG/ML, 30 MG/0.3 ML, 40 MG/0.4 ML, 60 MG/0.6 ML, 80 MG/0.8 ML (enoxaparin sodium)	Nivel 2	
Antitubercular Agents - Drugs To Prevent Bleeding		
VONVENDI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,300 (+/-) UNIT RANGE, 650 (+/-) UNIT RANGE (von Willebrand factor (recombinant))	Nivel 3	
Comb De Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Salicilatos E Inhib De Bomba De Protones - Drugs For The Blood		
YOSPRALA ORAL TABLET, IR, DELAYED REL, BIPHASIC 325-40 MG, 81-40 MG (aspirin/omeprazole)	Nivel 2	PA
Combinaciones Hemostáticas Tópicas - Drugs To Prevent Bleeding		
EVICEL TOPICAL SOLUTION 800-1,200 UNIT /ML (1 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML (2 ML X 2), 800-1,200 UNIT /ML (5 ML X 2) (thrombin(human plasma derived)/fibrinogen/calcium chloride)	Nivel 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)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Complejo De Coagulación Anti-Inhibidor - Drugs To Prevent Bleeding		
FEIBA NF INTRAVENOUS RECON SOLN 1,750-3,250 UNIT, 350-650 UNIT, 700-1,300 UNIT (anti-inhibitor coagulant complex)	Nivel 3	
Fórmulas De Enjuague De Heparina - Drugs To Prevent Blood Clots		
HEP FLUSH-10 (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 10 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in 0.9% nacl intravenous parenteral solution 2,500 unit/500 ml (5 unit/ml), 5,000 unit/500 ml (10 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>heparin lock flush (porcine) intravenous solution 10 unit/ml</i>	Nivel 1	
HEPARIN LOCKFLUSH(PORCINE)(PF) INTRAVENOUS SYRINGE 10 UNIT/ML, 100 UNIT/ML (heparin sodium, porcine/PF)	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 1 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin, porcine (pf) intravenous syringe 10 unit/ml, 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
Hemostático Sistémico - Agentes Antifibrinolíticos - Drugs To Prevent Bleeding		
AMICAR ORAL SOLUTION 250 MG/ML (25 %) (aminocaproic acid)	Nivel 2	
AMICAR ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (aminocaproic acid)	Nivel 2	
<i>aminocaproic acid oral solution 250 mg/ml (25 %)</i>	Nivel 1	
<i>aminocaproic acid oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidor De Trombina - Selectivo Directo Y Reversible - Drugs To Prevent Blood Clots		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (dabigatran etexilate mesylate)	Nivel 2	PA
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Agentes De Tienopiridina - Drugs For The Blood		
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 30 days)
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	
EFFIENT ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (prasugrel HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET 75 MG (clopidogrel bisulfate)	Nivel 2	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Ciclopentil-Triazolo.Pirimidinas (Cptps) - Drugs For The Blood		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Inhibidores De Fosfodiesterasa Iii - Drugs For The Blood		
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas - Salicilatos - Drugs For The Blood		
ADULT ASPIRIN REGIMEN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ADULT LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ASPIRIN CHILDRENS ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet,chewable 81 mg</i>	Nivel 0	
<i>aspirin oral tablet,delayed release (dr/ec) 325 mg, 81 mg</i>	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	
BAYER LOW DOSE ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
CHILDREN'S ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
DURLAZA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 162.5 MG (aspirin)	Nivel 2	PA
ECOTRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 325 MG (aspirin)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,CHEWABLE 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
ST. JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 81 MG (aspirin)	Nivel 0	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas-Inhibidores De Pdesterasa Y Adenosin Deaminasa - Drugs For The Blood		
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Factor Indirecto Xa - Drugs To Prevent Blood Clots		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.8 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 2	QL (24 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 2.5 MG/0.5 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 2	QL (15 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 5 MG/0.4 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 2	QL (12 ML per 30 days)
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG/0.6 ML (fondaparinux sodium)	Nivel 2	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	Nivel 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
Inhibidores De Factor Xa Directo - Drugs To Prevent Blood Clots		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS) (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)	Nivel 2	QL (74 EA per 30 days)
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 1 day)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
SAVAYSA ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 60 MG (edoxaban tosylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Eliquis and Xarelto within the past 365 days; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (51 EA per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (20 ML per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Musculoskeletal Therapy Agent - Viscosupplements - Drugs To Prevent Bleeding		
ADVATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant,full length)	Nivel 3	
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT, 750 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length, peg)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AFSTYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT RANGE, 1,500 (+/-) UNIT RANGE, 2,000 (+/-) UNIT RANGE, 2,500 (+/-) UNIT RANGE, 250 (+/-) UNIT RANGE, 3,000 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII recomb,single-chn,B-dom truncated)	Nivel 3	
ALPHANATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML, 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML, 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML, 250 (100 VWF) UNIT/5 ML, 500 (200 VWF) UNIT/5 ML (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor,human)	Nivel 3	
ALTUVIII INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor rFVIII Fc-VWF-XTEN,BDD-eh1)	Nivel 3	
ELOCTATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 5,000 UNIT, 500 UNIT, 6,000 UNIT, 750 UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, Fc fusion protein)	Nivel 3	
ESPEROCT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-dom truncated peg-exei)	Nivel 3	
HEMOFIL M HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 801-1,500 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	
HEMOFIL M LOW INTRAVENOUS RECON SOLN 220-400 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	
HEMOFIL M MID INTRAVENOUS RECON SOLN 401-800 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEMOFIL M SUPER HIGH INTRAVENOUS RECON SOLN 1,501-2,000 UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	
HUMATE-P INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-2,400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1,200 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Nivel 3	
JIVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 4,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) rec, B-domain deleted peg-auc)	Nivel 3	
KOATE INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor, human)	Nivel 3	
KOGENATE FS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Nivel 3	
KOVALTRY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (FVIII) recombinant, full length)	Nivel 3	
NOVOEIGHT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII recombinant, B-domain truncated)	Nivel 3	
NUWIQ INTRAVENOUS RECON SOLN 1000 UNIT, 2,000 UNIT, 2,500 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (antihemophilic factor VIII rec HEK cell, B-domain deleted)	Nivel 3	
OBIZUR INTRAVENOUS RECON SOLN 500 (+/-) UNIT RANGE (antihemophilic factor VIII, recombinant porcine sequence)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RECOMBINATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor VIII, human recombinant)	Nivel 3	
WILATE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,000 UNIT, 500-500 UNIT (antihemophilic factor, human/von Willebrand factor, human)	Nivel 3	
XYNTHA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Nivel 3	
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS SYRINGE 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (antihemophilic factor (factor VIII) recomb, B-domain deleted)	Nivel 3	
Neuromuscular Therapy Agents - Als Agents - Drugs To Prevent Blood Clots		
ACD SOLUTION A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 800 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 2	
ACD-A SOLUTION (citrate dextrose solution)	Nivel 2	
ACD-A SOLUTION 2.45-2.2 GRAM- 730 MG/100 ML (dextrose-water/sodium citrate/citric acid)	Nivel 2	
<i>anticoag citrate phos dextrose solution 2.63-222 gram-mg/100ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate in 0.9 % nacl solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter solution 4 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate intra-catheter syringe 4 % (3 ml), 4 % (5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate solution 4 gram /100 ml (4 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pharmaceutical Adjuvants - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 3	PA
FABHALTA ORAL CAPSULE 200 MG (iptacopan HCl)	Nivel 3	PA
VOYDEYA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (50 MG X 1-100 MG X 1) (danicopan)	Nivel 3	PA
Pnh - Complement (C3) Inhibitors - Drugs For The Blood		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,080 MG/20 ML (pegcetacoplan)	Nivel 3	PA
Preparaciones De Factor Ix - Drugs To Prevent Bleeding		
ALPHANINE SD INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX)	Nivel 3	
ALPROLIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 4,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX recombinant, Fc fusion protein)	Nivel 3	
BENEFIX INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 3	
IDELVION INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 250 (+/-) UNIT, 3,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX recombinant, albumin fusion protein)	Nivel 3	
IXINITY INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 1,500 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant, threonine 148)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROFILNINE INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 1,500 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX complex, prothrombin complex conc no.4, 3-factor)	Nivel 3	
REBINYN INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 (+/-) UNIT, 2,000 (+/-) UNIT, 3,000 (+/-) UNIT, 500 (+/-) UNIT (factor IX (human) recombinant, pegylated)	Nivel 3	
RIXUBIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 UNIT, 2,000 UNIT, 250 UNIT, 3,000 UNIT, 500 UNIT (factor IX human recombinant)	Nivel 3	
Preparaciones De Factor Vii - Drugs To Prevent Bleeding		
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG), 8 MG (8,000 MCG) (coagulation factor VIIa (recombinant))	Nivel 3	
SEVENFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG (1,000 MCG), 2 MG (2,000 MCG), 5 MG (5,000 MCG) (coagulation factor VIIa recombinant-jncw)	Nivel 3	
Preparaciones De Factor X - Drugs To Prevent Bleeding		
COAGADEX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 (+/-) UNIT RANGE, 500 (+/-) UNIT RANGE (coagulation factor X)	Nivel 3	
Preparaciones De Factor Xiii - Drugs To Prevent Bleeding		
CORIFACT INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000-1,600 UNIT (factor XIII)	Nivel 3	
TRETEN INTRAVENOUS RECON SOLN 2,500 UNIT (factor XIII A-subunit, recombinant)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Proteínas De Plasma Que Facilitan Anticoagulación - Drugs For The Blood		
RYPLAZIM INTRAVENOUS RECON SOLN 68.8 MG (plasminogen, human-tvmh)	Nivel 3	PA
Pyruvate Kinase (Pk) Activators - Drugs For The Blood		
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG (mitapivat sulfate)	Nivel 3	PA
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) (mitapivat sulfate)	Nivel 3	PA
Sickle Cell Anemia Agents, Others - Drugs For The Blood		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 3	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 3	PA
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Hydroxyurea and Droxia within the past 365 days
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG (hydroxyurea)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XROMI ORAL SOLUTION 100 MG/ML (hydroxyurea)	Nivel 2	PA
Tx De Trastorno De Célula Sanguínea Y Plaquetas-Inhibidores De Tirosina Quinasa Esplénica - Drugs For The Blood		
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (fostamatinib disodium)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

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

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Balance De Electrolitos-Productos Nutricionales - Drugs For Nutrition		
Agents For Opioid Withdrawal, Opioid-Type - Drugs For Nutrition		
B ACTIV ORAL CAPSULE 680 MCG DFE (vitamin B complex/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 2	
<i>b complex-vitamin c-folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 1	
B-100 COMPLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG (vitamin B complex 100 combination no.2)	Nivel 1	
B-50 COMPLEX WITH INOSITOL ORAL CAPSULE 400 MCG-25 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 1	
<i>b-complex with vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	
BIOPETIT ORAL LIQUID 790 MG/15 ML (vitamin B complex/lysine)	Nivel 1	
COMPLETE LIVER CLEANSE ORAL CAPSULE 16.7 MG-66.7 MCG-110 MG (vitamin B complex/vit C/folic acid/amino acid/herbal no.351)	Nivel 2	
FOLIKA-BC ORAL TABLET 1 MG-60 MG- 300 MCG (vitamin B complex/folic acid/ascorbic acid/biotin)	Nivel 2	
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS ORAL TABLET 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG (B comp/C/folic acid/zinc sulfate/cupric sulfate/vitamin E ac)	Nivel 2	
NEPHRO VITAMINS ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 1	
NEPHRON FA ORAL TABLET 66 MG IRON- 1,000 MCG (vit B complex and vit C no.24/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG (folic acid/vitamin B complex and vitamin C)	Nivel 1	
PUREVITA SUPER B-COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 1	
STRESS B WITH ZINC ORAL TABLET (multivitamin, stress formula/zinc)	Nivel 1	
SUPER B-50 COMPLEX ORAL CAPSULE 400 MCG-20 MG- 50 MG (vitamin B complex/folic acid/choline bitartrate/inositol)	Nivel 1	
TM-VITE RX ORAL TABLET 1,000 MCG (vitamin B complex and vitamin C combination no.22/folic acid)	Nivel 2	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) ORAL TABLET 400 MCG-100MCG- 100 MCG (vit B complex/folic acid/choline bit/inositol/alfalfa/herbs)	Nivel 1	
<i>vit b comp-folic-choline-inosi oral tablet extended release 400 mcg-10 mg- 10 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES ORAL TABLET 0.4 MG (vitamin B complex/folic acid)	Nivel 1	
WESCAPS ORAL CAPSULE 1 MG (vitamin B complex and vitamin C no.20/folic acid)	Nivel 1	
Alzheimer's Disease Therapy - Cholinesterase Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral capsule 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 25 mcg/drop (1000 unit/drop)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral drops 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral syringe 10 mcg/ml (400 unit/ml)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet 250 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 25 mcg (1,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, chewable 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit)</i>	Nivel 2	
<i>cholecalciferol (vitamin d3) oral tablet, disintegrating 50 mcg (2,000 unit)</i>	Nivel 1	
D3-2000 ORAL CAPSULE 50 MCG (2,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral drops 200 mcg/ml (8,000 unit/ml)</i>	Nivel 1	
PEDIATRIC D-VITE ORAL DROPS 10 MCG/ML (400 UNIT/ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL DROPS 10 MCG/2 ML (400 UNIT/2 ML) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PUREVITA VITAMIN D3 ORAL TABLET 25 MCG (1,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 2	
ergocalciferol (vitamin D2) (Vitamin D2 Oral Capsule 1,250 Mcg (50,000 Unit))	Nivel 1	
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1,250 MCG (50,000 UNIT) (cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
Amino Ácidos, Ingrediente Único, Oral (No-Inyectable) - Drugs For Nutrition		
<i>arginine (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>arginine hcl (l-arginine) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
CITRULLINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (citrulline)	Nivel 2	
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 3	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 3	PA
<i>glutamine oral powder 100 %</i>	Nivel 1	
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
<i>l-cystine oral packet 0.5-15 g-kcal/4 g</i>	Nivel 1	
<i>lysine hcl oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>lysine hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
N.O.MAX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 660 MG (arginine oxoglurate)	Nivel 2	
<i>phenylalanine oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	
VALINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
VALINE AMINO ACID SUPPLEMENT ORAL PACKET 50 MG/4 GRAM (valine supplement in carbohydrate base)	Nivel 1	
Analgesic Opioid Agonists - Drugs For Nutrition		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27 MG IRON-1 MG -374 MG (prenatal vit no.100/iron ps cplex, sod EDTA/folic acid/omega3)	Nivel 1	
BAL-CARE DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 27-1-430 MG (prenatal vit no.81/iron ps, sod. ferredetate/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
CADEAU DHA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.83/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
CITRANATAL (DUAL-IRON) ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.81/iron carbonyl, gluc/folic acid/docusate)	Nivel 2	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 90 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.72/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	
CITRANATAL ASSURE ORAL COMBO PACK 35 MG IRON-1 MG -50 MG-300 MG (prenatal vit no.73/iron carbony, gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -50 MG-250 MG (prenatal vits no.76/iron carbon,gluc/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	
CITRANATAL HARMONY (IRON FUM) ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vitamin no.59/iron carb,fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 2	
C-NATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
COMPLETE NATAL DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 2	
COMPLETENATE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.14/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
DERMACINRX PRENATRIX ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX PRENATRYL ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.170/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET 30 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.108/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 1	
KPN ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.98/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MARNATAL-F ORAL CAPSULE 60 MG IRON-1 MG (prenatal vits with calcium no.65/iron polysacchar/folic acid)	Nivel 1	
MINI PRENATAL ORAL TABLET 6.75 MG IRON- 200 MCG (prenatal vitamins no.49/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vit with calcium 15/iron/folic acid/docusate sodium)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL ORAL TABLET 90-1-50 MG (prenatal vitamins with calcium/iron,carb/docusate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL PLUS ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATAL-Z ORAL TABLET 65 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fum/docusate/folic ac)	Nivel 1	
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vitamins no.175/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
NEONATAL PLUS VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON-1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
NEONATAL-DHA ORAL COMBO PACK 29-1-200-500 MG (prenatal vit no.175/iron fum/folic acid/dha/Schiz. algal oil)	Nivel 2	
NEO-VITAL RX ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.154/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NESTABS ABC ORAL COMBO PACK 32 MG IRON-1 MG - 120 MG-180 MG (prenatal vitamins no.86/iron ps complex/folic acid/dha/epa)	Nivel 2	
NESTABS DHA ORAL COMBO PACK 32 MG IRON- 1,000 MCG-230MG (prenatal vits with calcium no.87/iron bisgly/folic acid/dha)	Nivel 2	
NEWGEN ORAL TABLET 32-1,000 MG-MCG (prenatal vitamins no.86/iron bis-glycinate/folic acid)	Nivel 1	
NEXA PLUS ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1.25 MG-55 MG (prenatal vits no.53/iron fum/folic acid/docusate calcium/dha)	Nivel 2	
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE 40-10-1-300 MG (prenatal vit no.85/iron carb,asp.gly/folic acid/dha/fish oil)	Nivel 2	
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG (prenatal 56/iron carbonyl,asparto glycinate/folic acid/dha)	Nivel 2	
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG (prenatal vits no.83/iron,carbonyl,iron aspart.gly/folic acid)	Nivel 2	
OB COMPLETE WITH DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG (prenatal vit no.30/iron carbonyl,asp glyc/folic acid/omega-3)	Nivel 2	
OBSTETRIX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 1	
OBSTETRIX DHA PRENATAL DUO ORAL COMB PACK, TABLET DR, CAPSULE DR 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron carbonyl/levomefolate calc/dha)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON- 1,700 MCG DFE (prenatal vitamins no.12/iron,carbonyl/levomefolate calcium)	Nivel 2	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vitamins no.127/iron,carbonyl/folic acid/docusate)	Nivel 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
OBTREX DHA ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29 MG IRON-1 MG -50 MG (prenatal vits no.12/iron,carb/folic acid/docusate/omega-3)	Nivel 2	
ONE DAILY PRENATAL ORAL COMBO PACK 28-800-440 MG-MCG-MG (prenatal vit with calcium 75/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Nivel 0	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 ORAL CAPSULE 27 MG IRON-800 MCG-235 MG (prenatal vitamins no.168/iron/folic acid/omega-3/dha/epa)	Nivel 0	
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-fa oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	Nivel 0	
PNV-DHA + DOCUSATE ORAL CAPSULE 27-1.25-55-300 MG (prenatal vits,calcium no.66/iron fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PNV-SELECT ORAL TABLET 27-1 MG (prenatal vits with calcium no.40/iron fumarate/folate no.1)	Nivel 1	
PR NATAL 400 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-400 MG (prenatal vit no.19/iron bg HCl,suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PR NATAL 400 ORAL COMBO PACK 29-1-400 MG (prenatal vit with calcium 53/iron bis,s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PR NATAL 430 EC ORAL COMBO PACK, TABLET AND CAP, DR 29-1-430 MG (prenatal vit 55/iron bisgly HCl, suc-prot/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PR NATAL 430 ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG - 430 MG (prenatal vit with calcium 54/iron bis, s-p/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
PREGEN DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (prenatal vit no.174/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE 29-1.25-55-325 MG (prenatal vits with calcium no.80/iron fum/folic acid/dss/dha)	Nivel 1	
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE 28-1-50-250 MG (prenatal vit with calcium no.69/iron/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
PRENATA ORAL TABLET, CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.37/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
PRENATABS FA ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vits with calcium no.78/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATABS RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron, carbonyl/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON- 975 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.91/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL + DHA ORAL COMBO PACK 28 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vit with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL 19 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG-25 MG (prenatal vits no.115/iron fumarate/folic acid/docusate sod.)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 2	
PRENATAL 19 ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.115/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET 14 MG IRON- 400 MCG (prenatal vits with calcium no.21/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL ESSENTIALS ORAL CAPSULE 6 MG IRON- 272 MCG DFE (prenatal vits no.173/iron bisglycinate/folate no.11)	Nivel 2	
PRENATAL FORMULA ORAL TABLET 9 MG IRON- 267 MCG (prenatal vits with calcium no.93/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL FORMULA-DHA ORAL CAPSULE 28 MG-800 MCG- 200 MG (prenatal vitamins no.116/iron fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
PRENATAL MULTI ORAL TABLET 27-800 MG-MCG (prenatal vit with calcium no.122/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL MULTI-DHA (ALGAL OIL) ORAL CAPSULE 27MG IRON- 800 MCG-250 MG (prenatal vitamins no.40/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
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)	Nivel 0	
PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vit with calcium no.129/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium 95/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL ORAL TABLET 28-800 MG-MCG (prenatal vits with calcium 133/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL PLUS (CALCIUM CARB) ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG -312 MG-250 MG (PNV no.72/ferrous fumarate/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 2	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.180/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL TABLET ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
<i>prenatal vit no.179-iron-folic oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	Nivel 0	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 0.8 MG (prenatal vit with calcium no.130/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET 27 MG IRON- 800 MCG (prenatal vits with calcium no.124/ferrous fumarat/folic acid)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS ORAL TABLET 28 MG IRON- 800 MCG (prenatal vitamins with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
<i> prenatal vit-iron fum-folic ac oral tablet 28 mg iron- 800 mcg</i>	Nivel 0	
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID ORAL TABLET,CHEWABLE 400-32.5 MCG-MG (prenatal vitamins no.103/folic acid/omega-3s/dha/fish oil)	Nivel 0	
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE 28 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.68/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 1 MG-400 MG (prenatal vitamins no.69/iron fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
PRIMACARE ORAL CAPSULE 30-1-300 MG (prenatal vits no.118/iron asparto glycinate/folate no.6/dha)	Nivel 2	
PROVIDA OB ORAL CAPSULE 40 MG IRON- 1.25 MG (prenatal vits no.65/ferrous fumarate,iron polysac/folic acid)	Nivel 2	
SELECT-OB (FOLIC ACID) ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.128/iron polysaccharide complex/folic acid)	Nivel 1	
SELECT-OB + DHA ORAL COMBO PACK 29 MG IRON-1 MG -250 MG (prenatal vitamins no.33/iron polysach complex/folic acid/dha)	Nivel 2	
SELECT-OB ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.13/iron polysaccharides/folate no.1)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SE-NATAL 19 CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 118/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
SE-NATAL 19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.119/iron fumarate/folic acid)	Nivel 2	
SIMILAC PRENATAL ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-800 MCG-200 MG (prenatal vits, calcium no.102/ferrous fum/folic acid/dha/lut)	Nivel 0	
STUART ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG (prenatal vitamins no.63/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Nivel 0	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	
THERANATAL COMPLETE ORAL COMBO PACK 27 MG IRON- 1 MG-150 MG (prenatal vitamins no.32/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
THERANATAL ONE ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG (prenatal vitamins no.100/iron fumarate/folic acid/dha/epa)	Nivel 0	
THERANATAL ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.28/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 0	
THERANATAL PLUS ORAL COMBO PACK 27 MG IRON-1 MG-300 MG (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
THRIVITE RX ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamin with calcium no.76/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 2	
TRICARE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium 103/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

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

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET 60 MG IRON-1 MG (prenatal vitamin 27 with calcium/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
TRINATE ORAL TABLET 28 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 2	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA ORAL CAPSULE 27 MG-800 MCG- 250 MG-200 MG (prenatal vit no.166/iron/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
VITAFOL FE PLUS ORAL CAPSULE 90 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/dha)	Nivel 2	
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) ORAL CAPSULE 90 MG IRON-1 MG -50 MG-200 MG (prenatal vits no.102/iron polysacch/folate no.1/docusate/dha)	Nivel 2	
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.67/iron polysaccharides/folate no.1/dha)	Nivel 2	
VITAFOL-OB ORAL TABLET 65-1 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
VITAFOL-OB+DHA ORAL COMBO PACK 65-1-250 MG (prenatal vits with calcium no.10/ferrous fum/folic acid/dha)	Nivel 1	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vits no.26/iron polysaccharide cplex/folic acid/dha)	Nivel 2	
VITAMEDMD ONE RX ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1MG -200 MG (prenatal vitamins no.25/ferrous fumarate/folate no.6/dha)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VP-CH-PNV ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1 MG -50 MG-260 MG (prenatal vits no.34/iron,carb/folic acid/docusate sodium/dha)	Nivel 1	
WESNATAL DHA COMPLETE ORAL COMBO PACK 29 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.52/iron/folic acid/omega-3/dha)	Nivel 2	
WESNATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -200 MG (prenatal vitamins no.11/ferrous fumarate/folic acid/omega-3)	Nivel 1	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (prenatal vits with calcium no.72/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE 31 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.93/iron carbonyl/folate no.9/dha)	Nivel 1	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA ORAL COMBO PACK 28 MG-975 MCG- 200 MG (prenatal vit with calcium no.61/iron fumarate/folic acid/dha)	Nivel 0	
Analgesic Opioid Dihydrocodeine Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium carb, citrate, malate oral capsule 250 mg calcium</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate oral tablet 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg)</i>	Nivel 1	
<i>calcium citrate oral tablet 200 mg (950 mg)</i>	Nivel 1	
OSSOPAN MD ORAL CAPSULE 200 MG CALCIUM- 1.25 MCG (calcium combination no.35/vitamin D3/magnesium malate)	Nivel 2	
OSSOPAN-1100 ORAL CAPSULE 275 MG CALCIUM (1,100 MG) (hydroxyapatite)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OYSTER SHELL CALCIUM 500 ORAL TABLET 500 MG CALCIUM (1,250 MG) (calcium carbonate)	Nivel 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)	Nivel 2	
BONEUP ORAL CAPSULE 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/vit C/vit K2/minerals)	Nivel 2	
<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg</i>	Nivel 1	
<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor oral tablet 600-200-40-7.5 mg-unit-mg-mg</i>	Nivel 1	
<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc oral tablet 333 mg-133 mg-1.67 mcg-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan oral tablet 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox oral tablet 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf oral tablet 334-134-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium no.38-d3-mag-boron oral liquid 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>calcium phos-d3-magnesium-zinc oral tablet,chewable 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium-d3-zinc-copper-mangan oral tablet 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k oral tablet,chewable 650 mg-12.5 mcg-40 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS ORAL TABLET 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG (calcium carb/D3/mag oxide/cupric sulf/mang sulf/zinc oxide)	Nivel 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)	Nivel 2	
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH ORAL TABLET 600 MG-25 MCG- 50 MG (calcium carb/vit D3/mag oxide/copper/manganese/zinc/collag)	Nivel 2	
KIDS BONES-MUSCLES ORAL TABLET,CHEWABLE 162 MG CALCIUM- 10 MCG-21 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/mag citrate/vit K1)	Nivel 2	
LIQUICAL PLUS ORAL LIQUID 84 MG-24 MG- 10 MCG/5 ML (calcium citrate/magnesium citrate/vitamin D3/zinc citrate)	Nivel 2	
MYLK ORAL CAPSULE 200 MG-6.25 MCG -50 MG (calcium no.43/vitamin D3/mag oxide/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
OPTIMAG PLUS CALCIUM ORAL POWDER 600 MG CALCIUM- 300 MG/SCOOP (calcium malate/magnesium amino acid chelate, malate)	Nivel 2	
OSAPLEX MK-7 ORAL CAPSULE 275 MG-12.5 MCG -22.5 MCG (hydroxyapatite/vitamin D3/vitamin K2/choline/silicon)	Nivel 2	
OSAPLEX ORAL CAPSULE 275 MG-25 MCG /60 MG-3 MG (hydroxyapatite/vitamin D3/choline/silicon)	Nivel 2	
OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM ORAL TABLET 200 MG-5 MCG-75 MG-200 MCG DFE (calcium no.39/vit D3/magnesium/folate/vit K1/vit K2/minerals)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA BONEUP ORAL TABLET 200 MG-8.3 MCG- 83.3 MG-8.3 MG (calcium/vit D3/magnesium oxide/collagen/vit C/vit K2/mineral)	Nivel 2	
VEGETARIAN BONEUP ORAL TABLET 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG (calcium/vit D2/magnesium oxide/ascorbate calcium/vit K2/min)	Nivel 2	
Analgesic Opioid Pentazocine Combinations - Drugs For Nutrition		
LC-655 ORAL CAPSULE 118 MG MAGNESIUM (magnesium glycinate)	Nivel 2	
<i>magnesium chloride oral tablet 64 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium citrate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>magnesium citrate oral capsule 125 mg</i>	Nivel 2	
<i>magnesium citrate oral tablet, chewable 83.3 mg</i>	Nivel 1	
<i>magnesium citrate, mag oxide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 2	
MAGNESIUM COMPLEX ORAL TABLET 300 MG MAGNESIUM (magnesium carb, citrate, oxide)	Nivel 2	
<i>magnesium gluconate oral tablet 12.5 mg magnesium (250 mg), 30 mg (550 mg)</i>	Nivel 2	
<i>magnesium glycinate oral capsule 100 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium oxide oral capsule 400 mg magnesium</i>	Nivel 2	
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg magnesium, 300 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, 500 mg magnesium</i>	Nivel 1	
<i>magnesium oxide oral tablet, chewable 200 mg magnesium</i>	Nivel 1	
OPTIMAG 125 ORAL CAPSULE 125 MG MAGNESIUM (magnesium amino acid chelate, magnesium malate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIMAG NEURO ORAL CAPSULE 66.7 MG (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 2	
OPTIMAG NEURO ORAL POWDER 200 MG MAGNESIUM/SCOOP (magnesium amino acid chelate, malate, threonate)	Nivel 2	
PUREVITA MAGNESIUM OXIDE ORAL TABLET 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) (magnesium oxide)	Nivel 1	
SLOWMAG MUSCLE RECOVERY ORAL TABLET,CHEWABLE 85 MG (magnesium citrate)	Nivel 2	
Analgesic Opioid Propoxyphene Combinations - Drugs For Nutrition		
LUGOLS ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 2	
<i>potassium iodide oral solution 1 gram/ml</i>	Nivel 1	
SSKI ORAL SOLUTION 1 GRAM/ML (potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE ORAL SOLUTION 5 % (potassium iodide/iodine)	Nivel 1	
XYMODINE ORAL CAPSULE 7,500-5,000 MCG (potassium iodide/iodine)	Nivel 2	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid And Combinations - Drugs For Nutrition		
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 1	
INFANT-TODDLER MULTIVIT ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML (pediatric multivitamin no.192)	Nivel 1	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN ORAL DROPS 250 MCG-50 MG- 10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.212)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LITTLE ANIMALS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.28)	Nivel 1	
<i>pediatric multivitamin no.171 oral drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml</i>	Nivel 1	
PEDIATRIC POLY-VITE ORAL DROPS 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML (pediatric multivitamin no.197)	Nivel 1	
PEDIATRIC TRI-VITE ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG - 400 UNIT/ML (vitamin A palmitate/ascorbic acid/cholecalciferol (vit D3))	Nivel 1	
POLY-VITA DROPS ORAL DROPS 750 UNIT-35 MG- 400 UNIT/ML (pediatric multivitamin no.171)	Nivel 2	
<i>vit a palmitate-vit c-vit d3 oral drops 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml</i>	Nivel 1	
Analgesic Or Antipyretic Non-Opioid/Sedative Combinations - Drugs For Nutrition		
DAVIMET WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.247/sodium fluoride)	Nivel 2	
FLORAFOL FE PEDIATRIC ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.257/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 2	
FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.257 with sodium fluoride)	Nivel 2	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.251 with sodium fluoride)	Nivel 2	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML (pediatric multivitamin no.2/sodium fluoride)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG (pediatric multivitamins no.17 with sodium fluoride)	Nivel 1	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.228 with sodium fluoride)	Nivel 2	
MULTIVIT-FLUORIDE (METAFOFIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE (pediatric multivitamin no.219 with sodium fluoride)	Nivel 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)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR DROPS (ARCOFOLIN) ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR DROPS ORAL DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML (pediatric multivitamin no.220 with fluoride)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) ORAL DROPS 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.220/sodium fluoride/iron sulfate)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON (pediatric multivitamin no.175 with fluoride and iron)	Nivel 2	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML (pediatric multivitamin no.82 with sodium fluoride)	Nivel 1	
SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ORAL DROPS 0.5 MG/ML (pediatric multivitamin no.82 with sodium fluoride)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-FLUORIDE ORAL DROPS 0.25 MG/ML FLUORIDE (pediatric multivitamin no.265 with sodium fluoride)	Nivel 1	
Anticonvulsant - Carbamates - Drugs For Nutrition		
ADENO-HYDROXO B12 ORAL TABLET,DISINTEGRATING 2,500 MCG (hydroxocobalamin acetate/cobamamide)	Nivel 2	
B12 ACTIVE ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (mecobalamin)	Nivel 2	
B12 SUBLINGUAL LOZENGE 5,000-100 MCG (cyanocobalamin/cobamamide)	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) nasal spray,non-aerosol 500 mcg/spray</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral liquid 1,000 mcg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral lozenge 500 mcg</i>	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet extended release 1,000 mcg, 2,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) oral tablet,chewable 1,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual lozenge 3,000 mcg</i>	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) sublingual tablet 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyanocobalamin-cobamamide sublingual tablet 5,000-100 mcg</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin (vitamin B-12) (Dodex Injection Solution 1,000 Mcg/ML)</i>	Nivel 1	
<i>hydroxocobalamin intramuscular solution 1,000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) injection recon soln 10,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 1,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, chewable 5,000 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) oral tablet, disintegrating 5,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>mecobalamin (vitamin b12) sublingual tablet, disintegrating 1,000 mcg</i>	Nivel 2	
PUREVITA VITAMIN B12 ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (mecobalamin)	Nivel 1	
Anticonvulsant - Hydantoins - Drugs For Nutrition		
COBALEFOL ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 2	
DEPLIN FC ORAL CAPSULE 15 MG (levomefolate calcium)	Nivel 2	
FOLETRA ORAL CAPSULE 1-1.4-1.6-16.3 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/B3/B6/B12/vit C/vit D3/vit E)	Nivel 2	
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 800 mcg</i>	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYLAZINC ORAL TABLET 1 MG-1.5 MG- 1.7 MG-50 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/pyridoxine/B12/C/zinc)	Nivel 2	
<i>methylnetetrahydrofolate glucos oral capsule 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe</i>	Nivel 1	
MI-VITE RX ORAL TABLET 1-1.5-1.7-20-5 MG (folic acid/thiamine/riboflavin/niacin/B5/B6/biotin/B12/vit C)	Nivel 1	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL DROPS 200 MCG/ML (folic acid)	Nivel 1	
PUREVITA FOLIC ACID ORAL TABLET 400 MCG (folic acid)	Nivel 1	
Anticonvulsant - Oxazolidinediones - Drugs For Nutrition		
ACCRUFER ORAL CAPSULE 30 MG (ferric maltol)	Nivel 2	
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FERGON ORAL TABLET 225 MG (27 MG IRON) (ferrous gluconate)	Nivel 1	
FERRETTIS IPS ORAL CAPSULE 18 MG (iron succinyl-protein complex)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>ferric glycinate oral liquid 18 mg iron/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 mg (106 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral drops 15 mg iron (75 mg)/ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral liquid 300 mg (60 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral solution 220 mg (44 mg iron)/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet extended release 142 mg (45 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 324 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 1	
<i>ferrous sulfate oral tablet, delayed release (dr/ec) 325 mg (65 mg iron)</i>	Nivel 1	
FE-VITE ORAL DROPS 15 MG IRON (75 MG)/ML (ferrous sulfate)	Nivel 1	
HEMATEx ORAL LIQUID 100 MG IRON/5 ML (iron polysaccharide complex)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IRON (FERROUS SULFATE) ORAL TABLET 325 MG (65 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 1	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 28 mg iron</i>	Nivel 2	
<i>iron bisglycinate chelate oral capsule 29 mg iron</i>	Nivel 1	
NEONATAL FE ORAL TABLET 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG (iron,carbonyl/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 2	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG IRON (iron polysaccharide complex)	Nivel 1	
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg iron</i>	Nivel 1	
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 137 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 2	
SLOW RELEASE IRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 MG (45 MG IRON), 143 MG (45 MG IRON) (ferrous sulfate)	Nivel 1	
TRIFERIC HEMODIALYSIS POWDER IN PACKET 272 MG IRON (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 2	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION 27.2 MG IRON/5 ML (ferric pyrophosphate citrate)	Nivel 2	
Anticonvulsant - Succinimides - Drugs For Nutrition		
BENTIVITE BX ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 2	
CITRANATAL BLOOM ORAL TABLET 90-1-12-50 MG-MG-MCG-MG (iron carbonyl,gluc/folic acid/vit B12/vit C/docusate sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FERIVA 21-7 ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,667 MCGDFE, 75 MG IRON-175 MG-12 MCG-1 MG (iron aspgly/ascorbic acid/vit B12/folate no.1/zinc/succinic)	Nivel 2	
FERIVA FA (WITH SUMALATE) ORAL CAPSULE 110 MG-175 MG- 1 MG-12 MCG (iron bisgly,aspart,fumarate/vit C/folate/B12/biotin/cupric)	Nivel 2	
GENTLE IRON ORAL CAPSULE 28 MG IRON-60MG -400 MCG-8 MCG (iron bis-glycinate chelate/ascorbic acid/folic acid/vit B12)	Nivel 2	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin/folic acid)	Nivel 1	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE 66 MG IRON- 250 MG-10 MCG (ferrous fumarate/ascorbic acid/cyanocobalamin)	Nivel 2	
HEMATRON-AF ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG, 150 MG-1,700 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 2	
HEMAX ORAL TABLET 150 MG-1,020 MCG DFE-500 MG (iron,carbonyl/levomefolate calcium/vit C/vit E/B12/B7/copper)	Nivel 2	
IRON FOLATE PLUS ORAL CAPSULE 125 MG IRON- 1 MG (iron fumarate,polysac cplex/folic acid/vit B comp and C no.9)	Nivel 1	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 100-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>iron,carbonyl-vitamin c oral tablet 65 mg iron- 125 mg</i>	Nivel 1	
MAXFE (FOLATE) ORAL TABLET 160 MG-1,700 MCG DFE-60 MCG (iron carb,glycinate/folate/B12/mag ascorbate/biotin/zinc)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NIFEREX (FERROUS ASPARTO GLYC) ORAL TABLET 75 MG IRON-175 MG-1,700 MCGDFE (iron asparto gly/vit C/vit B12/folate no.6/zinc/succinic)	Nivel 2	
NOVAFERRUM YAY IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON- 30 MG (iron polysaccharide complex/ascorbic acid)	Nivel 2	
PROTECT IRON LIQUID ORAL LIQUID 100 MG IRON-250 MG/5 ML (iron polysaccharide complex/ascorbic acid/vitamin B complex)	Nivel 2	
TULIVITE ORAL TABLET 35 MG IRON- 1 MG (ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 2	
VITABEX IRON ORAL CAPSULE 65 MG IRON- 50 MG-1 MG DFE (iron bisglycinate/C/methylfolate/B12/L. acidoph,plant/inulin)	Nivel 2	
VITRON-C ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 65 MG IRON- 125 MG (iron,carbonyl/ascorbic acid)	Nivel 2	
Anticonvulsants - Drugs For Nutrition		
saccharin powder	Nivel 2	
Antidementia - Nootropics - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN E ORAL DROPS 180 MG/2 ML (vitamin E)	Nivel 1	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit)	Nivel 1	
vitamin e (dl, acetate) oral capsule 90 mg (200 unit)	Nivel 1	
vitamin e (dl, acetate) oral drops 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml	Nivel 1	
vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anti-Obesity - Fat Absorption Decreasing Agents - Drugs For Nutrition		
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 400 mg niacin (500 mg)</i>	Nivel 1	
<i>niacin (inositol niacinate) oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>niacin oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacin oral tablet extended release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacinamide oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacinamide oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN B3 ORAL DROPS 35 MG/2 ML (niacinamide)	Nivel 1	
Anti-Obesity - Hormonal Agents - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B2 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (riboflavin (vitamin B2))	Nivel 1	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>riboflavin (vitamin b2) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anti-Obesity - Monoamine Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
<i>calcium pantothenate oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN B5 ORAL DROPS 20 MG/2 ML (calcium pantothenate)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anti-Obesity - Serotonin Reuptake Inhibitors - Drugs For Nutrition		
PUREVITA VITAMIN B6 ORAL DROPS 25 MG/2 ML (pyridoxine HCl (vitamin B6))	Nivel 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridoxine (vitamin b6) oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Anti-Obesity Agents - Drugs For Nutrition		
<i>benfotiamine oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN B1 ORAL DROPS 50 MG/2 ML (thiamine HCl)	Nivel 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) injection solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>thiamine hcl (vitamin b1) oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1) oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Attention Deficit-Hyperactivity (Adhd) Therapy, Stimulant-Type - Drugs For Nutrition		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 2	
<i>ascorbate sodium (vitamin c) oral liquid 1,000 mg/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) injection solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 2	
<i>ascorbic acid-ascorbate sodium oral tablet, chewable 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ascorbic acid-zinc oxide oral capsule 90-50 mg</i>	Nivel 1	
BUFFERED C POWDER ORAL POWDER IN PACKET 3,000 MG (ascorbic acid/minerals)	Nivel 2	
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG (ascorbate calcium/ascorbyl palmitate)	Nivel 1	
LIQUID C ORAL LIQUID 500 MG/5 ML (ascorbic acid)	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN C ORAL DROPS 100 MG/ML (ascorbic acid)	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
VITAJEY DAILY C ORAL TABLET, CHEWABLE 125 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL CAPSULE 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
VITAMIN C WITH ROSE HIPS ORAL TABLET 1,000 MG, 500 MG (ascorbic acid)	Nivel 1	
XCELLENT C ORAL CAPSULE 750-7.5 MG (ascorbate calcium, magnesium, potassium/black pepper extract)	Nivel 2	
Carbacephem Antibiotics - Drugs For Nutrition		
ALTRIXA OB ORAL TABLET 15 MG IRON- 1,750 MCG DFE (prenatal vitamins no.181/ferrous fumarate/folate)	Nivel 2	
AZESCO ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MATERVIA ORAL CAPSULE 6.5 MG IRON- 500 MCG (prenatal vitamins no.178/iron bisglycinate/folic acid)	Nivel 2	
NATAL PNV ORAL TABLET 6 MG IRON- 833.5 MCG DFE (prenatal vitamins no.164/ferrous gluconate/folate no.6)	Nivel 1	
ONE-A-DAY PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG- 25 MG (prenatal vitamins no.167/folic acid/docosahexaenoic acid)	Nivel 2	
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.163/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 2	
PRENATAL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (prenatal vitamins no.153/folic acid/omega3/dha/epa/fish oil)	Nivel 0	
PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 400 MCG (prenatal vitamins no.144/folic acid)	Nivel 0	
PRENATE DHA (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18 MG IRON-1 MG -300 MG (prenatal vitamins no.78/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PRENATE ELITE (IRON ASP GLYC) ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vits no.114/ferrous asparto glycin/folate no.1)	Nivel 2	
PRENATE ELITE ORAL TABLET 26 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.36/ferrous fumarate/folate no.6)	Nivel 2	
PRENATE MINI (FERR ASP GLYCIN) ORAL CAPSULE 18-1-350 MG (prenatal vits no.87/iron asp.glycinate,carb/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE 10 MG IRON- 1 MG-200 MG (prenatal vitamins no.85/iron asparto glycin/folate no.1/dha)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATE STAR ORAL TABLET 20 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.77/ferrous asparto glycinate/folic acid)	Nivel 2	
R-NATAL OB ORAL CAPSULE 20 MG IRON- 1 MG-320 MG (prenatal vitamins no.66/iron,carbonyl/folic acid/dha)	Nivel 1	
THERANATAL OVAVITE ORAL COMBO PACK 18-1-125 MG-MG-UNIT (prenatal vitamins no.74/ferrous fumarate/folic acid/coQ10)	Nivel 0	
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 3.33 MG IRON- 0.33 MG (prenatal vits no.112/iron phosph/folic acid/omega-3s/dha/epa)	Nivel 1	
ZALVIT ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 2	
ZIPHEX ORAL TABLET 13 MG IRON- 1 MG (prenatal vitamins no.147/ferrous gluconate/folic acid)	Nivel 2	
Central Alpha-2 Receptor Agonists - Drugs For Nutrition		
CARNITEX ORAL CAPSULE 340 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 2	
L-CARNITINE (TARTRATE) ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine tartrate)	Nivel 1	
L-CARNITINE ORAL CAPSULE 500 MG (levocarnitine)	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine tartrate oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Chloramphenicol Antibiotics And Derivatives - Combination Agents - Drugs For Nutrition		
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 2	
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET,CHEWABLE 133.3-16.7 MG, 250-16.7 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/elderberry fruit)	Nivel 2	
EMERGEN-C ENERGY PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-50 MG (ascorbic acid/vitamin B complex/minerals/cafeine)	Nivel 2	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 2	
EMERGEN-C ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/multivitamin with minerals)	Nivel 2	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 250-100-150 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 2	
EMERGEN-C TURMERIC GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3-33.3-16.6 MG (ascorbic acid/multivit with minerals/turmeric/ginger root)	Nivel 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY-VITAMIN C ORAL LOZENGE 250-12.5 MG (ascorbic acid/ascorbate sodium/elderberry fruit)	Nivel 2	
VITAMIN C FIZZY DRINK ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000 MG (ascorbic acid/multivit with minerals)	Nivel 1	
Cloruro De Sodio, Parenteral - Drugs For Nutrition		
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Nivel 1	
Cns Stimulant - Analeptics - Drugs For Nutrition		
<i>biotin oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>biotin oral tablet 1 mg</i>	Nivel 2	
<i>biotin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>biotin oral tablet, chewable 2,500 mcg</i>	Nivel 1	
<i>biotin oral tablet, chewable 5,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>biotin oral tablet, disintegrating 10,000 mcg, 5,000 mcg</i>	Nivel 1	
HAIR, SKIN AND NAILS (BIOTIN) ORAL TABLET, CHEWABLE 10,000 MCG (biotin)	Nivel 1	
VITAJEY Biotin Oral Tablet, Chewable 2,500 MCG (biotin)	Nivel 1	
Cognitive Disorder Therapy - Antidementia - Drugs For Nutrition		
A-25 (VIT A PALMITATE) ORAL CAPSULE 7,500 MCG (25,000 UNIT) (vitamin A palmitate)	Nivel 1	
<i>beta carotene oral capsule 7,500 mcg (25,000 unit)</i>	Nivel 1	
PUREVITA VITAMIN A ORAL DROPS 3,000 MCG/2 ML (vitamin A palmitate)	Nivel 1	
<i>vitamin a oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 1	
<i>vitamin a palmitate oral capsule 3,000 mcg (10,000 unit)</i>	Nivel 1	
Combinaciones De Amino Ácido-Amino Ácido, Oral - Drugs For Nutrition		
XYMOBOLX ORAL POWDER (amino acids)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Bioflavonoides - Drugs For Nutrition		
ACTIFLOVIT ORAL TABLET 200-100 MG (bioflavonoid, lemon/vitamin B comp and C)	Nivel 1	
BIO C 1:1 ORAL CAPSULE 500-500 MG (ascorbic acid/bioflavonoids)	Nivel 2	
DIOVASC ORAL CAPSULE 500 MG (hesperidin/diosmin)	Nivel 2	
LIPO-FLAVONOID ORAL TABLET 500 MG (vit B complex and C/choline/inositol/bioflavonoid,lemon)	Nivel 2	
Combinaciones De Vitamina D Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
CHOLECAL DF ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX DOTREMIN ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLDITAM ORAL TABLET 250 MCG (10,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLIXAPURE ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLIXATE ORAL TABLET 125 MCG- 1,700 MCG DFE (cholecalciferol (vit D3)/levomefolate calcium)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLTREXYL ORAL TABLET 125 MCG (5,000 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
FOLIC D3 ORAL CAPSULE 94.38 MCG(3,775 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OSTACHOL ORAL TABLET 95 MCG (3,800 UNIT)-1 MG (cholecalciferol (vit D3)/folic acid)	Nivel 2	
Diluyentes - Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %	Nivel 1	
sodium chloride 0.9 % injection solution	Nivel 1	
sodium chloride injection syringe 0.9 %	Nivel 1	
Diluyentes - Soluciones Diluyentes De Insulina - Drugs For Nutrition		
DILUTING MEDIUM FOR NOVOLOG INJECTION SOLUTION (diluent,insulin aspart combination no.1)	Nivel 2	
Dmard - Antimetabolites - Drugs For Nutrition		
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG (zinc citrate, zinc oxide)	Nivel 2	
PEPCIX ORAL TABLET,CHEWABLE 16 MG (polaprezinc (zinc carnosine))	Nivel 2	
zinc amino acid chelate oral tablet 50 mg	Nivel 1	
zinc citrate oral tablet,chewable 11 mg, 16.7 mg	Nivel 2	
zinc gluconate oral tablet 50 mg	Nivel 1	
zinc glycinate oral capsule 20 mg	Nivel 1	
zinc glycinate oral tablet,chewable 7.5 mg	Nivel 1	
zinc sulfate oral capsule 50 mg zinc (220 mg)	Nivel 1	
zinc sulfate oral tablet 50 mg zinc (220 mg)	Nivel 1	
Dmard - Pyrimidine Synthesis Inhibitors - Drugs For Nutrition		
ZINC BALANCE ORAL CAPSULE 15-1 MG (zinc methionine sulfate/copper gluconate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zinc gluc, oxide-ascorbic acid oral tablet, disintegrating 15-60 mg</i>	Nivel 1	
General Anesthetic - Inhalant - Drugs For Nutrition		
<i>inositol oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
General Anesthetic - Parenteral, Barbiturates - Drugs For Nutrition		
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 2	
Immunosuppressive - Purine Analogs - Drugs For Nutrition		
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 2	
Lavados De Cloruro De Sodio - Drugs For Nutrition		
AQUASTAT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 2	
AQUASTAT SFR 0.9% SODIUM CHLOR INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 2	
BD POSIFLUSH NORMAL SALINE 0.9 INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 1	
MONOJECT 0.9% SODIUM CHLORIDE INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 2	
MONOJECT PREFILL ADVANCED NS INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 2	
NORMAL SALINE FLUSH INJECTION SYRINGE (sodium chloride 0.9 % (flush))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat injection solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
Local Anesthetic - Esters - Drugs For Nutrition		
GI PROTECT ORAL POWDER 2 GRAM-25 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 2	
IGG 2000 CWP ORAL CAPSULE 500 MG (whey protein concentrate)	Nivel 2	
IGG 2000 CWP ORAL POWDER 4 GRAM-20 KCAL /5 GRAM (whey protein concentrate)	Nivel 2	
IGG PURE ORAL POWDER 8 GRAM-40 KCAL /SCOOP (whey protein concentrate)	Nivel 2	
JUVEN (WITH COLLAGEN) ORAL POWDER IN PACKET 7-7-1.5 GRAM (arginine/glutamine/calcium HMB/collagen/multivitamin-mineral)	Nivel 2	
NEW ZEALAND WHEY PROTEIN ORAL POWDER 15 GRAM-70 KCAL/16.9 GRAM (whey protein isolate)	Nivel 2	
PROCEL SINGLES ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM-26 KCAL (whey protein concentrate)	Nivel 2	
PROSOURCE ORAL PACKET 7.5 GRAM (calcium caseinate/whey)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Miscellaneous Other - Drugs For Nutrition		
CYCLINEX-2 ORAL POWDER 15 GRAM-440 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 2	
EAA UCD ORAL POWDER IN PACKET 40 GRAM-310 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, urea cycle disorder)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Migraine Therapy - Serotonin (5-Ht) Receptor Antagonists - Drugs For Nutrition		
BIOLYTE ORAL LIQUID (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 2	
BIOLYTE ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes/dextrose/multivit/amino/ginger/milk thistle)	Nivel 2	
CERASPORT ENDURANCE ORAL POWDER IN PACKET 400 MG-160 MG/42 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice/whey)	Nivel 1	
CERASPORT EX1 ORAL POWDER 200 MG-100 MG- 20 KCAL/6 GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 2	
CERASPORT PLUS ORAL POWDER IN PACKET 230 MG-85 MG- 120 KCAL/31GRAM (sodium chloride/potassium chloride/sodium citrate/rice syrup)	Nivel 1	
<i>electrolytes-dextrose oral packet</i>	Nivel 1	
<i>electrolytes-dextrose oral solution</i>	Nivel 1	
ENSURE RAPID HYDRATION ORAL POWDER IN PACKET 30 MEQ-10 MEQ- 25 MEQ-11 GRAM (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 2	
HYDRALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
HYDRALYTE PLUS ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 1,000-300 MG (electrolytes/dextrose/ascorbic acid/elderberry fruit)	Nivel 2	
HYDRATING ELECTROLYTE ORAL PACKET (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
HYDRATING ELECTROLYTE SF ORAL POWDER IN PACKET (electrolytes,oral/multivitamin/amino acids)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYDRATION MULTIPLI SUGAR FREE ORAL PACKET (electrolytes)	Nivel 2	
HYDRATION MULTIPLIER IMMUNE ORAL POWDER IN PACKET 504 MG (electrolytes,oral/dextrose/vitamin B complex/ascorbic acid)	Nivel 2	
KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY ORAL POWDER IN PACKET 270 MG-25 MCG- 140 MG-50 MG (electrolytes/dextr/vit C/vit D3/turmeric rt xt/elderberry fr)	Nivel 2	
ORALYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
PEDIALYTE ELECTROLYTE ORAL POWDER IN PACKET 11.25-5-8.75 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 2	
PEDIALYTE ELECTROLYTE WATER ORAL SOLUTION (electrolytes)	Nivel 2	
PEDIALYTE SPARKLING RUSH ORAL POWDER EFFERVESCENT IN PACKET 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ (sodium/potassium/chloride/dextrose)	Nivel 2	
PEDIATRIC ELECTROLYTE ORAL SOLUTION (electrolytes/dextrose)	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Cloruro De Sodio, Oral - Drugs For Nutrition		
<i>sodium chloride tablet,soluble 1,000 mg</i>	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Magnesio - Drugs For Nutrition		
<i>magnesium citrate-lemon balm oral tablet,chewable 66.6-25 mg</i>	Nivel 1	
MAGNESIUM OPTIMIZER ORAL TABLET 50-25-175-1 MG (magnesium malate/potassium citrate/taurine/pyridoxal)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Potasio - Drugs For Nutrition		
<i>mag citrate-potassium citrate oral capsule 70-99 mg</i>	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Combinaciones De Sustitutos De Calcio/Vitamina D - Drugs For Nutrition		
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3 ORAL TABLET,CHEWABLE 260 MG CALCIUM- 25 MCG-50 MG (calcium phosphate, tribasic/vitamin D3/herbal complex no.293)	Nivel 2	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral capsule 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 1,000 mg-20 mcg (800 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet,chewable 500 mg-2.5 mcg (100 unit)</i>	Nivel 2	
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit)</i>	Nivel 1	
<i>calcium phosphate-vitamin d3 oral tablet,chewable 250 mg-10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	
CALTRATE 600 PLUS D ORAL TABLET,CHEWABLE 600 MG-20 MCG (800 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CALTRATE GUMMY BITES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-10 MCG (400 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3 ORAL TABLET 500 MG-5 MCG (200 UNIT) (calcium carbonate/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
YOGURT PLUS CALCIUM GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 250 MG-2.5 MCG (100 UNIT) (calcium phosphate, tribasic/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Minerales Múltiples - Drugs For Nutrition		
MINREX ORAL CAPSULE 25-100 MG (minerals/potassium glycinate/betaine hydrochloride)	Nivel 2	
Minerales Y Electrolitos - Potasio, Oral - Drugs For Nutrition		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 2	
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)	Nivel 2	
KLOR-CON 8 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ (potassium chloride)	Nivel 2	
potassium chloride (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 10 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals 15 Meq)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride (Klor-Con M20 Oral Tablet, Er Particles/Crystals 20 Meq)	Nivel 1	
potassium chloride (Klor-Con Oral Packet 20 Meq)	Nivel 2	
KLOR-CON/EF ORAL TABLET, EFFERVESCENT 25 MEQ (potassium bicarbonate/citric acid)	Nivel 2	
POKONZA ORAL PACKET 10 MEQ (potassium chloride)	Nivel 1	
<i>potassium aa (bisglycinate) oral capsule 99 mg</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium gluconate oral tablet 595 mg (99 mg)</i>	Nivel 1	
Minerales Y Electrolitos - Trazas De Minerales - Drugs For Nutrition		
BORON COMPLEX ORAL CAPSULE 3 MG (boron aspartate)	Nivel 2	
<i>chromium nicotinate oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>chromium picolinate oral tablet 1,000 mcg</i>	Nivel 1	
<i>chromium picolinate oral tablet 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>copper gluconate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 2	
<i>selenium oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>selenium oral tablet 200 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>selenomethionine oral capsule 200 mcg</i>	Nivel 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)	Nivel 2	
ALTRIXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin combination no.61/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
CENTURY ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
DAILY MULTIVITAMIN-MINERALS ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
DAVIMET-M ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 2	
DERMACINRX DAVIMET ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MCG (multivitamin combination no.58/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.35/levomefolate calcium)	Nivel 2	
ENBRACE HR ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 1.5 MG IRON- 8.73 MG-6.4 MG (multivit no.41/iron cysteine glycinate/folate no.8/phosph-dha)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLET ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC ORAL TABLET,CHEWABLE 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG (vitamin A/cholecalciferol (vit D3)/vit E/vit K1/zinc ascorb)	Nivel 2	
HIGH POTENCY MULTIVIT (W-IRON) ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
MICRONEX ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 1	
MINI MULTIVITAMINS-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
<i>multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG (multivit 42/iron b-g che,carbonyl/methyltetrahydrofolate/dha)	Nivel 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG IRON-1 MG -25 MG-225 MG (multivitamin no.39/iron bisgl,carb/methylfolate/docusate/dha)	Nivel 2	
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE 38 MG-1,700 MCG DFE-225 MG (multivitamin comb no.42/iron,carbonyl/levomefolate/dha)	Nivel 2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (multivitamin)	Nivel 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PNV-DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 1	
PRENATAL-U ORAL CAPSULE 106.5-1 MG (multivitamin combination no.51/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
PRENATE AM ORAL TABLET 1-500 MG (multivit no.38/methyltetrahydrofolate glucos,folic acid/ginger)	Nivel 2	
PRENATE CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (multivitamin no.36/methyltetrahydrofolate gluc,folic acid)	Nivel 2	
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 28 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.45/iron fumarate/folate comb no.6/dha)	Nivel 2	
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 29 MG IRON-1 MG -300 MG (multivitamin no.46/iron fumarate/folate comb. no.6/dha)	Nivel 2	
PRENATE ESSENTIAL(IRON-ASP-GL) ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG-300 MG (multivitamin no.40/iron asparto glycinate/folate no.1/dha)	Nivel 2	
PREV-RX ORAL TABLET 1,000-25-20 MCG (folic acid/vit B12/D3/vit E succ/calcium/phosphatidylcholine)	Nivel 2	
SPECTRAVITE ADULT ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
SPECTRAVITE WOMEN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
TAB-A-VITE ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
TARON-PREX PRENATAL-DHA ORAL CAPSULE 30 MG IRON-1.2 MG-55 MG-265 MG (multivitamin no.53/ferrous fum/folic acid/docusate/dha)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THEREMS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG (multivitamin with folic acid)	Nivel 1	
TRIVIA COMPLETE ORAL CAPSULE 400 MCG (multivitamin combination no.63/folic acid)	Nivel 1	
WESCAP-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 1	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG - 300 MG (multivitamin combination no.47/ferrous fum/folate no.1/dha)	Nivel 1	
Nsaid Analgesics And Nsaid Combinations - Drugs For Nutrition		
PHOSPHOROUS SUPPLEMENT ORAL POWDER IN PACKET 280-160-250 MG (sodium phosphate/potassium phosphates, monobasic and dibasic)	Nivel 1	
<i>potassium, sodium phosphates oral powder in packet 280-160-250 mg</i>	Nivel 1	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 1	
Opioid Reversal Agents - Opioid Antagonists - Drugs For Nutrition		
ELDERTONIC ORAL LIQUID 3.6 MG-0.75 MG /15 ML (vitamin B complex/zinc sulfate/manganese sulfate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Isovalérica - Drugs For Nutrition		
I-VALEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for isovaleric acidemia with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Acidemia Propiónica - Drugs For Nutrition		
MMA-PA GEL ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 1	
PROPIMEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for propionic acidemia with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Fenilcetonuria (Pku) - Drugs For Nutrition		
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 ORAL POWDER 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for PKU no.64)	Nivel 2	
NEOPHE ORAL POWDER 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU), no.38)	Nivel 2	
PHENEX-1 ORAL POWDER 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (infant formula for PKU, iron, no.2)	Nivel 2	
PHENEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL/100 G (nutritional therapy for phenylketonuria (PKU) with iron no.1)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica De Msud - Drugs For Nutrition		
ISOLEUCINE 1000 ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ISOLEUCINE AMINO ACID SUPPLMNT ORAL POWDER IN PACKET 50 MG/4 GRAM (isoleucine supplement in carbohydrate base)	Nivel 2	
KETONEX-2 ORAL POWDER 30-410 GRAM-KCAL (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 2	
METHIONINE ORAL POWDER IN PACKET 100 MG/4 GRAM (methionine supplement in carbohydrate base)	Nivel 1	
MSUD GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for MSUD with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Libre De Metionina - Drugs For Nutrition		
HCU GEL POWDER ORAL POWDER IN PACKET 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 2	
HCU MAXAMUM ORAL POWDER 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 1	
HOMINEX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, metabolic disorder, methionine-free)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Condición Médica - Drugs For Nutrition		
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine)	Nivel 3	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 3	PA
<i>ribose oral powder 10 kcal /2 gram (scoop)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Producto Nutricional - Fórmula Específica Para Tirosinemia - Drugs For Nutrition		
TYREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for tyrosinemia with iron)	Nivel 2	
Producto Nutricional - Lípidos Otros - Drugs For Nutrition		
DOJOLVI ORAL LIQUID 8.3 KCAL/ML (triheptanoin)	Nivel 3	PA
MCT OIL ORAL OIL 14 GRAM-120 KCAL/15 ML (medium chain triglycerides)	Nivel 2	
<i>medium chain triglycerides oral oil 14 gram-130 kcal/15 ml</i>	Nivel 1	
Producto Nutricional - Terapia Nutricional - Drugs For Nutrition		
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER 14 GRAM-480 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID 0.07-0.8 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance, lactose-free, soy/fiber)	Nivel 2	
ELECARE JR ORAL POWDER 14.4 GRAM-493 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC ORAL LIQUID 0.035-1 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID 0.08-1.4 GRAM-KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ENSURE SURGERY PERIOP BUNDLE ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.4 KCAL/ML (nut.tx.compromised immune system, reg-maltodextrin-fructose)	Nivel 2	
FRUITIVITS ORAL POWDER IN PACKET (nut.tx. metabolic disorder,reg/multivit with iron, minerals)	Nivel 1	
GLUCERNA 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.08-1.5 GRAM-KCAL/ML (nutritional tx. glucose intolerance,lactose-free,soy/fiber)	Nivel 2	
GLUCERNA HUNGER SMART ORAL LIQUID (nutritional therapy, glucose intolerance,lactose-free,soy)	Nivel 2	
GLUCERNA SNACK BAR ORAL BAR 11 GRAM-160 KCAL/40 GRAM (nutritional therapy, glucose intolerance,soy)	Nivel 2	
GLUTAREX-2 ORAL POWDER 30 GRAM-410 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy, glutaric aciduria type 1)	Nivel 2	
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID 0.1 GRAM-1.12 KCAL/ML (nutritional therapy, compromised immune system, regular)	Nivel 2	
MCT PRO-CAL ORAL PACKET (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS ORAL POWDER 14.8 GRAM-472 KCAL/100 GRAM (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 2	
NEPRO CARB STEADY ORAL LIQUID 0.08 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 2	
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER IN PACKET 26 GRAM-210 KCAL, 26 GRAM-230 KCAL (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEPTAMEN JUNIOR PHGG ORAL LIQUID 0.036 GRAM-1.2 KCAL/ML (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 2	
PROVIMIN ORAL POWDER 73 GRAM-313 KCAL/100 GRAM (nutritional supplement)	Nivel 2	
RENAMENT ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM- 210 KCAL (nutritional therapy, impaired renal function)	Nivel 2	
RESTORE FUSION RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 2	
RESTORE RENAL SUPPORT ORAL POWDER 2 GRAM-100 KCAL /21 GRAM (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-free)	Nivel 2	
SUPLENA CARB STEADY ORAL LIQUID 0.04 GRAM-1.8 KCAL/ML (nutritional therapy, impaired renal function,lactose-reduced)	Nivel 2	
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID 0.08 GRAM- 1.2 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 2	
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL ORAL LIQUID 0.07 GRAM- 1.5 KCAL/ML (nut.tx.impaired digest fxn/fiber)	Nivel 2	
VIVONEX PEDIATRIC ORAL POWDER 12 GRAM-412 KCAL/100 GRAM (nutritional therapy for impaired digestive function)	Nivel 1	
Reductores De Electrolitos - Resina De Intercambio De Iones - Drugs For Nutrition		
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Kionex (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM (sodium zirconium cyclosilicate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	Nivel 1	
sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension 15-20 Gram/60 MI)	Nivel 1	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML (sodium polystyrene sulfonate/sorbitol solution)	Nivel 2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM (patiomer calcium sorbitex)	Nivel 2	PA
Salicylate Analgesics - Drugs For Nutrition		
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S ORAL TABLET 8 MG IRON- 400 MCG-50 MCG (multivit-calc-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/lutein)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosamine)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.75 MG- 85 MCG DFE (multivitamin-minerals no.98/ferric glycinate/m-hydrofolate)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN ORAL POWDER 340 MCG DFE- 15 MCG/3 GRAM (multivit with minerals/methyltetrahydrofolate glucosa/vit K2)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE 1.25 MG IRON- 170 MCG DFE (multivit with min/iron bis-gly/methyltetrahydrofolate gluc)	Nivel 2	
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE 72.25 MCG DFE- 22.5 MG (multivit-min/folate no.11/milk thistle seed extract/herbs)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON) ORAL CAPSULE 170 MCG DFE (multivit with minerals/leucovorin calc,m-folate glucosamine)	Nivel 2	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 1	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG, 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
ADULTS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 1	
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.354)	Nivel 2	
ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL ORAL CAPSULE 13.5 MG IRON- 200 MCG-100 MG (mv-mins no.108/iron fumarate/folic acid/dha/Schiz algal oil)	Nivel 2	
ALIVE DAILY ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON- 240 MCG-40 MCG (multivit-min/iron/folic/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 2	
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET 120-100 MCG (multivit with minerals/folic acid/lutein/herbal comp no.329)	Nivel 2	
ALIVE ENERGY 50 PLUS ORAL TABLET 240-45-900-250 MCG (multivit-min/folic acid/K1/resveratrol/lutein/herbal no.293)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE MAX POTENCY ORAL LIQUID 300-80 MCG/30 ML (multivitamin-minerals/folic/vitamin K/herbal no.332)	Nivel 2	
ALIVE MAX6 POTENCY COMPLETE ORAL CAPSULE 3 MG IRON- 66.67 MCG DFE (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb no.335)	Nivel 2	
ALIVE MEN 50 PLUS ULTRA-LUTEIN ORAL TABLET 240-120 MCG (multivit with minerals/folic acid/vitamin K1/herbal no.328)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -50 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K) ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA ORAL TABLET 800 MCG DFE- 120 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.328)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S ENERGY ORAL TABLET 240-120-100 MCG (multivit with minerals/folic/vit K/lutein/herbal complex 293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 50 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY ORAL TABLET 133.3 MCG DFE- 40 MCG (multivit-min/methyltetrahydrofolate/vit K/herbal no.330)	Nivel 2	
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 400 MCG DFE- 120 MCG (multivitamin-min/methyltetrahydrofolate/vitamin K/herbal 334)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALIVE PREMIUM ADULT ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 66.7 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE PREMIUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-25 MG- 66.7 MG (multivitamin-minerals no.45/folic acid/dha/herbal no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE ORAL TABLET 240-120-300 MCG (multivit-minerals/folic acid/vitamin K1/lutein/herbs)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG-150 MCG -37.5 MG (multivit with minerals/folic/lutein/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S ENERGY ORAL TABLET 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG (multivit,calcium,minerals/iron/folic acid/vit K/herb no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG- 37.5 MG (multivit with minerals/folic acid/herbal complex no.293)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 4.5 MG IRON- 120 MCG-60 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/folic acid/vit K1/herb no.352)	Nivel 2	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ORAL TABLET 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG (multivit-min/iron/methyltetrahydrofolate/vit K/herb 333)	Nivel 2	
ALPHA BETIC ORAL TABLET 240 MCG- 100 MG (multivitamin with minerals/folic acid/alpha lipoic acid)	Nivel 2	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BARIATRIC MULTIVITAMINS ORAL CAPSULE 45 MG IRON-800 MCG DFE-120 MCG (multivit-min/ferrous fumarate/methyltetrahydrofolate/vit K1)	Nivel 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE 166.6-83.3-33.3 MG (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 2	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL POWDER 499.99-249.99 MG/SCOOP (multivit-min/yeast/astragalus root xt/ginger root xt/herbs)	Nivel 2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM CHEWABLES ORAL TABLET,CHEWABLE 8 MG-400 MCG- 80 MCG (multivitamin with minerals/iron,carbonyl/folic acid/vit K1)	Nivel 2	
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400 MCG-30 MCG- 30 MG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/genistein)	Nivel 2	
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS ORAL TABLET 200-15-150-125 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 2	
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS ORAL TABLET 150-30-300-150 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 2	
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/caffeine)	Nivel 2	
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY ORAL TABLET,CHEWABLE 80-1,250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 2	
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3 ORAL TABLET,CHEWABLE 80 MCG-12.5 MCG -23.5 MG (multivitamin with min/folic acid/D3/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
CENTRUM MULTIGUMMIES MEN ORAL TABLET,CHEWABLE 12 MCG, 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM MULTIGUMMIES WOMEN ORAL TABLET,CHEWABLE 42 MCG, 80 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
CENTRUM ORAL LIQUID 9 MG IRON/15 ML (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 1	
CENTRUM POSTNATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 115 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivit-min no.114/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
CENTRUM PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.115/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
CENTRUM SILVER ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS ORAL TABLET 9 MG IRON- 200 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTURY ADULT FORMULA ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 1	
CENTURY MATURE ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG-250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE 27 MG IRON-1 MG -200 MG (mv with minerals no.102/iron carbonyl,fumarate/folic ac/dha)	Nivel 2	
COMPLETE MV ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT ORAL TABLET,CHEWABLE 1 BILLION CELL- 1 GRAM (multivitamin with minerals/B. coagulans/B. subtilis/inulin)	Nivel 2	
DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
DAVIMET WITH IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 11 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin combination no.62/iron chelate/levomefolate)	Nivel 2	
DAYAVITE ORAL TABLET 1-75-10 MG (multivitamin with minerals no.90/folic acid/ALA/coQ10)	Nivel 2	
DERMACINRX DEXATRAN ORAL CAPSULE 18 MG IRON- 1 MG (multivitamin-minerals no.73/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX FOLIFLEX ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX FOLITIN-Z ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET 9 MG IRON- 500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENEXA FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENEXA ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENTRIXYL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VENTRIXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITRAMYN ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITRANOL FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITRANOL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX VITREXATE FE ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX VITREXATE ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET 9 MG IRON-500 MCG (multivitamin with minerals no.89/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 120 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
DIATROL ORAL TABLET 1,700 MCG DFE- 90 MCG (multivitamin-minerals no.105/levomefolate calcium/vit K1)	Nivel 2	
ELITE-OB ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 2	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 1	
FINAZOL ORAL TABLET 18 MG IRON- 1,700 MCG DFE (multivitamin with min no.109/ferrous fumarate/levomefolate)	Nivel 2	
FOLAGENT DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
FOLAMAX ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOLAMED DHA ORAL CAPSULE 28 MG-1,000MCG- 35 MG-200 MG (multivit-min 96/iron,carbonyl/folic/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 2	
FOLAPRIME ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG (mv-mins no.74/ferrous fumarate/iron ps cplx/folic acid)	Nivel 1	
GENADEK STEP 1 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.81/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 2	
GENADEK STEP 2 ORAL CAPSULE 200 MCG-1,000 MCG-10 MG (multivit with minerals no.82/folic acid/vit K1/ubidecarenone)	Nivel 2	
HAIR, SKIN AND NAILS (HERBS) ORAL CAPSULE 120-1,250-60 MCG (multivit-min/folic acid/biotin/vit K1/collagen/herbal no.353)	Nivel 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL CAPSULE 133.3 MCG- 1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 2	
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-BIOTIN) ORAL TABLET 100-1,500 MCG, 66.7-1,666.7 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/biotin)	Nivel 1	
IMMUNERX ORAL CAPSULE 250 MCG (multivitamin with minerals no.88/folic acid)	Nivel 2	
KEYFOLIC ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
LIQUID MULTIVITAMIN ORAL LIQUID 9 MG IRON/ 15 ML (15 ML) (multivitamin with minerals/ferrous gluconate)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVITA FOR ADULT ORAL LIQUID 1,700 MCG DFE- 500 MG/15 ML (multivitamin-minerals no.103/levomefolate calcium/inulin)	Nivel 2	
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 1	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
MEN'S DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
MEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG (multivits with calcium and minerals/iron/folic acid/lycopene)	Nivel 1	
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
MEN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET 200-60-600 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
MULTI PRO ORAL CAPSULE 32 MG IRON-1 MG -315 MG (multivit-mins no.85/iron/folic acid/dha/Lactobacillus casei)	Nivel 2	
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE 4.5 MG IRON- 500 MCG (mv-mn/iron,carbonyl/folic/om3/fish/lycopene/lutein/zeaxanth)	Nivel 2	
MULTITOL-M ORAL TABLET 2,040 MCG DFE (multivitamin with minerals no.106/levomefolate calcium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>multivit with min-folic acid oral tablet 0.4 mg</i>	Nivel 1	
<i>multivit with min-folic acid oral tablet, chewable 120 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1	
<i>multivit, calc, min-fa-k1-lycop oral tablet 240 mcg-30 mcg-300 mcg</i>	Nivel 1	
MULTIVITAMIN GUMMIES ORAL TABLET, CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 1	
<i>multivit-min-ferrous fumarate oral tablet 15 mg iron</i>	Nivel 2	
<i>multivit-min-ferrous gluconate oral liquid 9 mg iron/15 ml</i>	Nivel 1	
MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT ORAL CAPSULE 6,000 MCG-400MG -37.5 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 2	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVIT ORAL CAPSULE 3,000 MCG-200MG -18.75 MCG (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 2	
NANOVIM ADULT ORAL POWDER 1 MG-50 MCG DFE - 15.5 MCG (multivit-min/sodium ferredetate/levomefolate/vit K1/vit K2)	Nivel 2	
NEOVITE ORAL TABLET 1-100-1 MG (multivit-minerals no.67/folic acid/alpha lipoic acid/lutein)	Nivel 2	
NICOTINAMIDE (WITH CHROMIUM) ORAL TABLET 500 MCG- 750 MG (levomefolate calc/niacinamide/copper/zinc/selenium/chromium)	Nivel 1	
OB COMPLETE ORAL TABLET 50 MG IRON- 1.25 MG (multivitamin with minerals no.69/iron,carbonyl/folic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE A DAY MEN COMPLETE ORAL TABLET 240-25-300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin D3/lycopene)	Nivel 2	
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET 0.5 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS W-D3 ORAL TABLET 400-20-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
ONE DAILY MEN'S HEALTH ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 1	
ONE DAILY MULTI-VIT W-MINERAL ORAL TABLET 4.5 MG IRON (multivitamin with minerals/ferrous sulfate)	Nivel 1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON ORAL TABLET 18 MG IRON (multivitamin/ferrous sulfate)	Nivel 2	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K) ORAL TABLET 400 MCG-500 MG CALCIUM-20 MCG (multivit with minerals/folic acid/calcium carbonate/vit K1)	Nivel 1	
ONE DAILY WOMEN'S ORAL TABLET 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid/vit K)	Nivel 1	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 400-370 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene)	Nivel 2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE ORAL TABLET 240 MCG-30 MCG- 300 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/vitamin K1/lycopene)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 2	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE ORAL TABLET 18 MG IRON- 400 MCG (multivitamin with minerals/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
ONE-DAILY MULTI ORAL CAPSULE 800 MCG-1 MG- 500 MCG-500 MCG (multivitamin-minerals/folic acid/co Q10/lycopene/lutein)	Nivel 1	
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 1	
PRENATAL GUMMIES(ZINC CHELATE) ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-35 MG- 25 MG-5 MG (multivitamin-min no.110/folic acid/omega-3/dha/epa/fish oil)	Nivel 1	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
PROFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
REMEDIENT ORAL CAPSULE 3.6 MG- 1,000 MCG (multivitamin with minerals/iron succinyl-protein/folic acid)	Nivel 2	
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS ORAL TABLET 0.4 MG- 300 MCG- 250 MCG (multivitamin with minerals/folic acid/lycopene/lutein)	Nivel 1	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS ORAL TABLET 300-60-600-300 MCG (multivitamin-mineral/folic acid/phytonadione/lycopene/lutein)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 1	
SPECTRAVITE WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG (multivitamin with minerals/iron/folic acid/vitamin K/lutein)	Nivel 1	
SUPERIOR MEN'S MULTI ORAL TABLET 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG (multivit-min/levomefolate calc/K2/saw palm/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 2	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI ORAL TABLET 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30 MCG (multivit-min/iron gly/levomefolate calc/K2/ginkgo leaf/herbs)	Nivel 2	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON ORAL TABLET 15 MG IRON- 400 MCG (multivitamin/ferrous sulfate/folic acid)	Nivel 2	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 1	
THERA-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
THERAPEUTIC-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
THERA-VITE MAX-M ORAL TABLET 9 MG IRON-400 MCG (multivits with calcium and minerals/iron fumarate/folic acid)	Nivel 1	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAFUSION PRENATAL ORAL TABLET,CHEWABLE 180 MCG-32.5 MG (25 MG-7.5 MG) (mv-min no.110/folic acid/om-3/dha/other omega-3s/fish oil)	Nivel 2	
VITAJoy ADULT MULTI ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
VITREXYL ORAL TABLET 1,000 MCG (multivitamin with minerals no.86/folic acid)	Nivel 2	
VITREXYL PLUS IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG (multivitamin with minerals no.86/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 2	
WELLFOLA ORAL TABLET 20 MG IRON- 1,670 MCG DFE (multivit with minerals no.83/iron bis-glycinate/folate no.10)	Nivel 1	
WESCAP-C DHA ORAL CAPSULE 35-1-200 MG (mv-min 75/ferrous fum/iron ps cplx/folic ac/omega-3/dha/epa)	Nivel 1	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED ORAL TABLET 400-20 MCG (multivitamin,calcium,minerals/folic acid/phytonadione(vit K))	Nivel 1	
WOMENS DAILY GUMMIES ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG (multivitamin with minerals/folic acid)	Nivel 1	
WOMEN'S DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET 18-400 MG-MCG (multivitamin/ferrous fumarate/folic acid)	Nivel 1	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MCG- 25 MG (multivitamin with minerals/folic acid/collagen, hydrolyzed)	Nivel 2	
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE 28-1-300 MG (multivitamin-minerals no.71/iron fumarat/folic acid no.1/dha)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Smoking Deterrent Combinations - Drugs For Nutrition		
<i>quercetin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
Smoking Deterrents, Systemic - Drugs For Nutrition		
K1-1000 ORAL CAPSULE 1,000 MCG (phytonadione (vit K1))	Nivel 2	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) injection syringe 1 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phytonadione (vitamin k1) oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
VITAMIN K INJECTION SOLUTION 1 MG/0.5 ML (phytonadione (vit K1))	Nivel 1	
phytonadione (vit K1) (Vitamin K1 Injection Solution 10 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>vitamin k2 (mk-4) oral tablet 100 mcg</i>	Nivel 2	
<i>vitamin k2 oral capsule 100 mcg, 45 mcg</i>	Nivel 1	
<i>vitamin k2 oral drops 90 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 2	
Soluciones De Irrigación - Drugs For Nutrition		
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 2	
PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 2	
PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 140-5-3-98 MEQ/L (physiological irrigating solution no.1)	Nivel 2	
<i>ringer's irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride tablet,soluble 1,000 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 1	
Sulfonamide Antibiotic - Drugs For Nutrition		
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5-125-25 MG (vitamin E/vitamin E mixed/tocotrienol)	Nivel 2	
Vitaminas - Combinaciones De Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
FOLCYTEINE ORAL TABLET 1 MG-47 MG- 20 MCG-16 MG (folic acid/calcium citrate/vitamin D3/mag citrate/a-cysteine)	Nivel 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
Vitaminas - Combinaciones De B-12 Y Ácido Fólico - Drugs For Nutrition		
LORMATE ORAL CAPSULE 1 MG-1 MG(1,670 MCG DFE)-500 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/turmeric root extract)	Nivel 2	
<i>me-thfolate glucos-mecobalamin oral tablet,disintegrating 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg</i>	Nivel 1	
PAXLYTE ORAL CAPSULE 50 MCG-1 MG- 4.25 MG DFE (cobamamide/folic acid/leucovorin/levomefolate/mv-mins no.111)	Nivel 1	
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet,disintegrating 2,500-400 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitaminas - Combinaciones De D Y K - Drugs For Nutrition		
DECARA K ORAL CAPSULE 1,250-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 2	
DOSOKAP ORAL TABLET 137.5-200 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 2	
K2-D3 MAX ORAL CAPSULE 125 MCG (5,000 UNIT)-180 MCG (cholecalciferol (vit D3)/vitamin K2)	Nivel 2	
<i>vitamin d2-vitamin k1 oral drops 20-120 mcg/4 drops</i>	Nivel 1	
<i>vitamin d3-vitamin k2 oral capsule 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg</i>	Nivel 1	
Vitaminas - Combinaciones De Preparaciones B - Drugs For Nutrition		
B-COMPLEX PLUS B-12 ORAL TABLET 7 MG-5 MG-4 MG- 25 MCG-10 MG (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/cyanocobalamin/papain)	Nivel 2	
<i>cyanocobalamin-methylcobalamin sublingual drops 5,000 mcg/ml</i>	Nivel 2	
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12 oral tablet 400 mcg-50 mg- 100 mcg</i>	Nivel 1	
FOLICORE B COMPLEX ORAL TABLET 1,000 MCG-10 MG -400 MCG (folic acid/pyridoxine HCl (B6)/cyanocobalamin)	Nivel 2	
FOLVITA COMPLEX ORAL TABLET 1 MG-10 MG- 400 MCG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 2	
KIDS BRAIN BUILDER ORAL TABLET,CHEWABLE 27.5 MG-0.2 MG- 0.25 MCG (choline bitartrate/pyridoxine HCl (vitamin B6)/vit B12)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
METANX FC ORAL CAPSULE 2-3-35 MG (mecobalamin/levomefolate calcium/pyridoxal phosphate)	Nivel 2	
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE 1,000 MCG-3,400 MCG DFE-10 MG (mecobalamin/folate no.11/pyridoxal/vit B2/betaine)	Nivel 2	
MINCORA ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 2	
RELCARE ORAL TABLET 20 MCG- 1,000 MCG-10 MG (cholecalciferol/folic acid/vit B6/vit B12/acetylcysteine)	Nivel 2	
WESTAB MAX ORAL TABLET 2.5-25-2 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
WESTAB ONE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG (cyanocobalamin/folic acid/pyridoxine)	Nivel 1	
ZINGIBER ORAL TABLET 1.2 MG-40 MG- 124.1 MG-100 MG (folic acid/pyridoxine HCl/Ca phos dibasic & tribasic/ginger)	Nivel 1	
Vitaminas Complejo B - Drugs For Nutrition		
B COMPLEX 100 INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 1	
B-COMPLEX INJECTION INJECTION SOLUTION 100-2-100-2-2 MG/ML (thiamine HCl/riboflavin/niacinamide/dexpanthenol/pyridoxine)	Nivel 1	
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vitamin b complex oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitaminas Pediátricas Y Combinaciones De Minerales - Drugs For Nutrition		
ALIVE KIDS CHEWABLE ORAL TABLET,CHEWABLE 75-15 MG (pediatric multivit no.235/herbal no.293/bioflavonoids,cit)	Nivel 2	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG (pediatric multivitamin no.252/herbal complex no.293)	Nivel 2	
CENTRUM KIDS MULTIGUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.258)	Nivel 2	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.209)	Nivel 1	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.42)	Nivel 1	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET,CHEWABLE 5 BILLION CELL (pediatric multivitamin no.193/Lactobacillus rhamnosus GG)	Nivel 2	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MILLION CELL (pediatric multivitamin no.210/Bacillus subtilis/lutein)	Nivel 2	
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.262)	Nivel 2	
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.261)	Nivel 2	
FLINTSTONES COMPLETE (FE SULF) ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.227/ferrous sulfate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG IRON (pediatric multivitamin no.239/ferrous sulfate)	Nivel 2	
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON ORAL TABLET,CHEWABLE 18 MG IRON (pediatric multivitamin no.226/ferrous sulfate)	Nivel 2	
GENADEK ORAL DROPS 19 MCG-500 MCG /ML (pediatric multivitamin no.196/vitamin D3/vit K1)	Nivel 2	
GUMMY DINOS ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.76)	Nivel 1	
HI-D DROP ORAL DROPS 76-1,000 MCG/ML (pediatric multivitamin no.216/vitamin D3/vit K1)	Nivel 2	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.207/ferrous sulfate)	Nivel 1	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ORAL TABLET,CHEWABLE 1.25 MG (pediatric multivitamin no.200/Bacillus coagulans)	Nivel 2	
KIDS MULTI ZERO ORAL TABLET,CHEWABLE (pediatric multivitamin no.229)	Nivel 1	
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID (pediatric multivitamin no.245)	Nivel 2	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC ORAL DROPS 2,000 MCG-150 MG-19 MCG/3 ML (vitamin A/ascorbic acid/vitamin D3/vit E mixed/vit K1/zinc)	Nivel 2	
<i>pedi multivit no.194-iron sulf oral drops 10 mg iron/ml</i>	Nivel 1	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON ORAL DROPS 11 MG IRON/ML (pediatric multivitamin no.197/ferrous sulfate)	Nivel 1	
POLY-VITA WITH IRON ORAL DROPS 10 MG/ML (pediatric multivitamin no.160/ferrous sulfate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Biológicos		
Vaccine Viral - Respiratory Syncytial Virus (Rsv)		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF A and B/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vacc. antigen/AS01E adjuvant/PF)	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (respiratory syncytial virus vaccine, preF protein, mRNA/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Biológicos - Biological Agents		
Anticuerpos Antivirales Monoclonales - Virus Respiratorio Sinsitial (Rsv) - Drugs For Viral Infections		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML (nirsevimab-alip)	Nivel 2	
Antineoplastic - Retinoids - Vaccines		
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 2	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 2	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc,live,attenuated)	Nivel 2	
Antitusivos - Antivenenos De Escorpión - Biological Agents		
ANASCORP INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG (centruroides (scorpion) polyvalent antivenom)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Gramnegativos (Non-Entéricos) - Vaccines		
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT (typhoid vacc, live, attenuated)	Nivel 2	
Bacteriano De Vacunas - Bacilos Productores De Toxinas - Vaccines		
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT (cholera vaccine, live)	Nivel 2	
Bacteriano De Vacunas - Coco Grampositivos - Vaccines		
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 21-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PNEUMOVAX-23 INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (pneumococcal 23-valent polysaccharide vaccine)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PREVNAR 20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 20-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAXNEUVANCE (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (pneumococcal 15-valent conjugate vaccine (Diphtheria crm)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bacteriano De Vacunas - Cocos Gramnegativos - Vaccines		
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y and W-135,conj tetanus toxoid/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML (meningococcal vaccine A,C,Y,W-135,diphtheria toxoid conj/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML (meningococ A,C,Y,W-135,TT comp/N. mening B,fHBP rec comp/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Combinaciones De Vacunas De Hepatitis A Y Hepatitis B - Vaccines		
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML (hepatitis A virus and hepatitis B virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Extractos Alergénicos - Extractos De Ácaros - Biological Agents		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET 12 SQ-HDM (allergenic extract, mite-D.farinae-D.pteronyssinus,standard)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Extractos Alergénicos - Polen De Hierba - Biological Agents		
GRASSTEK SUBLINGUAL TABLET 2,800 BAU (allergenic extract,grass pollen-timothy,standard)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET 300 INDX REACTIVITY (grass pollen-orchard/sweet vernal/rye/Kentucky/timothy, std.)	Nivel 2	PA
Glucocorticoids - Biological Agents		
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET 12 AMB A 1 UNIT (allergenic extract-weed pollen-short ragweed)	Nivel 2	PA
Hepatitis Agents - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Herpes Antiviral Agent - Thymidine Analogs - Vaccines		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML (diphtheria,pertussis(acellular),tetanus vaccine)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus and diphtheria toxoids, adsorbed, adult/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Inmunoglobulina - Gammaglobulina (Igg), Humana - Biological Agents		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 16.5 % (immune globulin,gamma(IgG)-hipp human/maltose)	Nivel 3	PA
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %), 8 GRAM/40 ML (20 %) (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 % (immune globulin,gamm(IgG)/glycine/IgA greater than 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG)/glycine/IgA average 46 mcg/mL)	Nivel 3	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)/proline/IgA 0 to 50 mcg/mL)	Nivel 3	PA
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %) (immune globulin,gamma(IgG) human/hyaluronidase, human recomb)	Nivel 3	PA
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GRAM/5 ML (20 %), 10 GRAM/50 ML (20 %), 2 GRAM/10 ML (20 %), 4 GRAM/20 ML (20 %) (immune globulin,gamma (IgG)-klhw human)	Nivel 3	PA
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)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML (varicella virus vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Medical Supplies And Dme - Heating Pads - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Medical Supplies And Dme - Hot Packs - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Migraine Therapy - Ergot Alkaloids And Derivatives - Vaccines		
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML (poliomyelitis vaccine, killed)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1) - Vaccines		
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML (rotavirus vaccine, live oral attenuated,89-12 strain, G1P(8))	Nivel 2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML (rotavirus vaccine, live oral pentavalent)	Nivel 2	
Peanut Desensitization Agents - Biological Agents		
PALFORZIA (LEVEL 0) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 1 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 1) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 3 MG (1 MG X 3) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 2) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 6 MG (1 MG X 6) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 3) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 4) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 20 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 5) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG (20 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 6) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 80 MG (20 MG X 4) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PALFORZIA (LEVEL 7) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 8) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 9) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 200 MG (100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 10) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 240 MG (20 MG X 2, 100 MG X 2) (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA INITIAL (1-3 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA INITIAL (4-17 YRS) ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5/1/1.5/3/6 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE ORAL POWDER IN PACKET 300 MG (peanut allergen powder-dnfp)	Nivel 3	PA
Penicillin And Penicillin Antibiotic Combinations - Vaccines		
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML (meningococcal group B vaccine, 4-component)	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML (Neisseria meningitidis group B, lipidated fHBP recombinant)	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Químicos, Irritante/Alergénico - Biological Agents		
T.R.U.E. TEST ALLERGEN TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED (chemical allergens)	Nivel 2	
Vaccine Viral - Covid-19 (Sars-Cov-2) - Vaccines		
COMIRNATY 2025-2026(5-11Y)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3 ML (COVID vacc 2025-2026 (5-11 years) (Pfizer)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
COMIRNATY 2025-26 (12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.3 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up) (Pfizer)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MNEXSPIKE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.2 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
MODERNA COVID 24-25(6M-11Y)PF INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2024-2025 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
NUVAXOVID 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 yrs up)/adjuvant-Matrix/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2024-2025 (12 yrs up) (Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-2026(12Y UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML (COVID vaccine 2025-2026 (12 years up) (Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
SPIKEVAX 2025-26 (6M-11Y) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.25 ML (COVID vaccine 2025-2026 (6 months-11 years)(Moderna)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna De Hepatitis A - Agentes Individuales - Vaccines		
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML (hepatitis A virus vaccine/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vacuna Viral - Influenza A And B - Vaccines		
AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trival split 2025-26 (36 mos up)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
AFLURIA 2025-2026 (6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUAD 2025-2026 (65 YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza vaccine tvs 2025-26 (65 yr up)/adjuvant MF59C.1/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUARIX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUBLOK 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tv 2025-26(9 yrs and older)rcmb/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine tri 2025-2026(6 month and older)cell derived/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUCELVAX 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (flu vaccine triv 2025-2026(6 month and older)cell derived)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLULAVAL 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST 2025-2026 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUMIST HOME 2025-2026 NASAL (HOME ADMIN) NASAL SPRAY SYRINGE 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML (influenza vaccine trivalent live 2025-2026 (2 yrs-49 yrs))	Nivel 2	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE 2025-2026 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine tvs 2025-2026(6 months and older)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE 2025-2026 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent 2025-26 (6 mos and older))	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
FLUZONE HIGH-DOSE 2025-26 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 180 MCG/0.5 ML (influenza virus vaccine trivalent split 2025-2026(65 yr up)/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Paperas Y Relacionados - Vaccines		
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML (measles, mumps, and rubella vaccine live/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacuna Viral - Vacunas Para El Papiloma Humano(Hpv) - Vaccines		
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML (human papillomavirus vaccine, 9-valent/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Vacunas De Hepatitis B - Agentes Individuales - Vaccines		
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML (hepatitis B vaccine recombinant/vaccine adjuvant CpG 1018/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML (hepatitis B virus vaccine recombinant/PF)	Nivel 0	\$0 COPAY WITH RESTRICTIONS THAT APPLY ACCORDING TO CDC GUIDANCE
Boca-Garganta-Dental - Preparaciones - Drugs For The Mouth And Throat		
Boca Y Garganta - Agentes De Mucositis-Estomatitis - Drugs For The Mouth And Throat		
GELCLAIR MUCOUS MEMBRANE GEL IN PACKET (potassium sorbate/hydroxyethylcellulose/povidone/hyaluronic)	Nivel 2	
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 2	
ORAMAGICRX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH (potassium sorbate/maltodextrin/aloe vera/mann ps)	Nivel 2	
ORAPEUTIC MUCOUS MEMBRANE GEL (xylitol/pectin/acemannan/sodium bicarbonate)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Amidas De Anestesia Local - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %, 4 % (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine HCl (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution 2 %)	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Antifúngicos - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1	
Boca Y Garganta - Estimulantes De Saliva - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
EVOXAC ORAL CAPSULE 30 MG (cevimeline HCl)	Nivel 2	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
SALAGEN (PILOCARPINE) ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (pilocarpine HCl)	Nivel 2	
THERABREATH DRY MOUTH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.11)	Nivel 2	
THERABREATH MUCOUS MEMBRANE LOZENGE (saliva stimulant combination no.10)	Nivel 2	
XYLIGEL MUCOUS MEMBRANE GEL (saliva stimulant combination no.9)	Nivel 2	
XYLIMELTS MUCOUS MEMBRANE MUCO-ADHESIVE BUCCAL TABLET 500 MG (xylitol)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Glucocorticoides - Drugs For The Mouth And Throat		
triamcinolone acetonide (Oralene Dental Paste 0.1 %)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Boca Y Garganta - Mezclas De Antiinfecciosos - Drugs For The Mouth And Throat		
DEBACTEROL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 30-50 % (sulfuric acid/sulfonated phenol)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Protectores - Drugs For The Mouth And Throat		
MUGARD MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (glycerin/carbomer homopolymer type A/potassium hydroxide)	Nivel 2	
PROTHELIAL MUCOUS MEMBRANE PASTE 1 GRAM/10 ML (sucralfate malate, polymerized)	Nivel 2	
Boca Y Garganta - Saliva Artificial - Drugs For The Mouth And Throat		
AQUORAL MUCOUS MEMBRANE AEROSOL, SPRAY (saliva substitute combo no.3)	Nivel 2	
CAPHOSOL MUCOUS MEMBRANE SOLUTION (saliva substitute combo no.2)	Nivel 2	
MUCOSITISRX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LOZENGE 0.3 GRAM (sorbitol/saliva stimulant comb no. 1/malic acid/calcium phos)	Nivel 2	
SALIVAMAX MUCOUS MEMBRANE POWDER IN PACKET 351 MG (saliva substitute combination no.11)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Infant Care- Nursing Supplies - Drugs For The Mouth And Throat		
ARESTIN DENTAL CARTRIDGE 1 MG (minocycline HCl microspheres)	Nivel 3	PA
Prenatal Vitamins And Combinations - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1	
PERIDEX MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 0.12 % (chlorhexidine gluconate)	Nivel 2	
chlorhexidine gluconate (Periogard Mucous Membrane Mouthwash 0.12 %)	Nivel 1	
Producto Dental - Preparaciones De Fluoruro - Drugs For The Mouth And Throat		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 1	
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental cream 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental paste 1.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF 6 MONTHS TO 6 YEARS OF AGE
FLUORIDEX DAILY DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
FLUORIMAX 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
FRAICHE 5000 DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
FRAICHE 5000 PREVI DENTAL GEL 1.1-3 % (sodium fluoride/hydroxyapatite)	Nivel 2	
FRAICHE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-4.5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
JUST RIGHT 5000 DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE 1.1-5 % (sodium fluoride/potassium nitrate)	Nivel 2	
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT DENTAL SOLUTION 0.2 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
PREVIDENT KIDS DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 2	
SF 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SF DENTAL GEL 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH DENTAL PASTE 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 % (fluoride (sodium))	Nivel 1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	Nivel 1	
Producto Periodontal - Tipo Tetraciclina, Inhibidores De Colagenasa - Drugs For The Mouth And Throat		
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Babeo- Sialorrea Primaria Y Secundaria-Anticolinérgico - Drugs For The Mouth And Throat		
CUVPOSA ORAL SOLUTION 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) (glycopyrrolate)	Nivel 2	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml)</i>	Nivel 1	
Clase Fdb Obsoleta-No Usada		
Terapia Alternativa - Productos Homeopáticos		
AURUMHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CANTHARIS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
CRALONIN ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
EYE ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 2	
LAMIOFLUR ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
PLANTAGO-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
POPULUS COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
PSORINOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
RENEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 2	
SABAL-HOMACCORD ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
SYZYGIUM COMPOSITUM ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
VERTIGOHEEL ORAL DROPS (homeopathic drugs)	Nivel 2	
VERTIGOHEEL ORAL TABLET,SOLUBLE (homeopathic drugs)	Nivel 2	
Colonic Acidifier (Ammonia Inhibitor) - Drugs For Addiction		
Agentes Para Abstinencia De Opioides, Tipo Agonista Central Alfa-2 Adrenérgico - Drugs For Opioid Addiction		
<i>lofexidine oral tablet 0.18 mg</i>	Nivel 2	PA
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (lofexidine HCl)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Disuasivos De Tabaquismo - De Tipo Nicotina - Drugs For Smoking Addiction		
<i>nicotine (polacrilex) buccal gum 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal lozenge 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine (polacrilex) buccal mini lozenge 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
<i>nicotine transdermal patch, td daily, sequential 21-14-7 mg/24 hr</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML (nicotine)	Nivel 2	\$0 COPAY IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUIT 2 BUCCAL GUM 2 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 2 BUCCAL LOZENGE 2 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL GUM 4 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 24 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
QUIT 4 BUCCAL LOZENGE 4 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
STOP SMOKING AID BUCCAL LOZENGE 2 MG, 4 MG (nicotine polacrilex)	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 20 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Disuasivos De Tabaquismo - Inhibidor De Recaptación De Ne Y Dopamina (Ndri)-Tipo - Drugs For Smoking Addiction		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER
Inflammatory Bowel Agent - Tumor Necrosis Factor Alpha Blockers - Drugs For Opioid Addiction		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Nivel 1	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG (buprenorphine HCl/naloxone HCl)	Nivel 2	
Inflammatory Bowel Agents - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Cold Packs - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Surgical Scalpels And Blades - Drugs For Smoking Addiction		
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	Nivel 1	\$0 COPAY IF QUANTITY 2 IN 1 DAY, LIMITED TO 180 IN 365 DAYS, AND 18 YEARS OF AGE OR OLDER; QL (2 EA per 1 day)
Terapia Para Abstinencia De Alcohol - De Tipo Glutamato Y Sistema Gaba - Drugs For Alcohol Addiction		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (drlec) 333 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Burn Products - Drugs For Organ Transplants		
Dermatological - Burn Product Combinations - Drugs For Organ Transplants		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG (tacrolimus)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Tacrolimus within the past 120 days
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Nivel 1	
cyclosporine, modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	Nivel 1	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE 7.9 MG (voclosporin)	Nivel 3	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine, modified)	Nivel 2	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	Nivel 2	
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG (tacrolimus)	Nivel 2	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (cyclosporine)	Nivel 2	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Keratoplastic Combinations - Drugs For Organ Transplants		
azathioprine (Azasan Oral Tablet 100 Mg, 75 Mg)	Nivel 2	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
IMURAN ORAL TABLET 50 MG (azathioprine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Immunosuppressive - Interleukin-6 (IL-6) Receptor Inhibitors - Drugs For Organ Transplants		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (satralizumab-mwge)	Nivel 3	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>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (everolimus)	Nivel 2	
Inmunosupresores - Inhibidores De Inosina Monofosfato Deshidrogenasa - Drugs For Organ Transplants		
CELLCEPT ORAL CAPSULE 250 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
CELLCEPT ORAL TABLET 500 MG (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec)</i> 180 mg, 360 mg	Nivel 1	
MYFORTIC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 180 MG, 360 MG (mycophenolate sodium)	Nivel 2	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION 200 MG/ML (mycophenolate mofetil)	Nivel 2	PA
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine		
Antipsychotic - Muscarinic Agonist/Antagonist Combinations		
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG (xanomeline tartrate/trospium chloride)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic atypical Antipsychotic, Rexulti, or Vraylar within the past 120 days
Migraine Therapy - Serotonin Agonist 5-Ht(1) And Nsaid Cox-2 Comb		
SYMBRAVO ORAL TABLET 10-20 MG (rizatriptan benzoate/meloxicam)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Diagnostic Radiopharmaceuticals - Endocrine - Drugs For The Nervous System		
Adyuvante De Antiparkinson - Antagonista De Receptor De Adenosina - Drugs For Parkinson		
NOURIANZ ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (istradefylline)	Nivel 3	PA
Agentes De Efecto Pseudobulbo (Pba), De Tipo Antagonistas De Nmda - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG (dextromethorphan Hbr/quinidine sulfate)	Nivel 2	PA
Agentes De Fibromialgia - Inhib De Serotonina-Recaptación De Noradrenalina (Snris) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CYMBALTA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Neuralgia Postherpética - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DULOXICAINE KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 2	
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG (gabapentin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 750 MG, 900 MG (gabapentin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabapentin IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia Bipolar - Antipsicóticos Atípicos - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 2	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 2	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 2	
Agentes De Terapia Bipolar - Tipo Anticonvulsivo - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
carbamazepine (Epilex Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS, DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 2	
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Antagonista De Receptor De H3/Agonista Inverso - Drugs For Sleep Disorder		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG, 4.45 MG (pitolisant HCl)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Inhibidor De Recaptación De Dopamina Y Ne (Dnri) - Drugs For Sleep Disorder		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (solriamfetol HCl)	Nivel 2	PA
Agentes De Terapia De Narcolepsia - No-Simpatomimética - Drugs For Sleep Disorder		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (armodafinil)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (armodafinil)	Nivel 2	QL (3 EA per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (modafinil)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Derivado De Piperadina - Drugs For Sleep Disorder		
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 2	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Terapia De Narcolepsia - Tipo Estimulante, Simpatomimetica, Anfetaminas - Drugs For Sleep Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes De Terapia De Narcolepsia Y Cataplejia - Tipo Sedantes - Drugs For Sleep Disorder		
LUMRYZ ORAL EXTEND RELEASE GRANULES,PACKET 4.5 GRAM, 6 GRAM, 7.5 GRAM, 9 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 3	PA
LUMRYZ STARTER PACK ORAL GRANULES ER PACKET, DOSE PACK 4.5-6-7.5 GRAM (sodium oxybate)	Nivel 3	PA
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 3	PA
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	Nivel 3	PA
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML (sodium oxybate/calcium oxybate/magnesium oxybate/pot oxybate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Diabéticos Periféricos De Neuropatía - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
Agentes Para Tratar Dolores De Cabeza De Cúmulo Recurrentes - Drugs For Migraine Headaches		
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; QL (3 ML per 30 days)
Agonistas De Cannabis Y Receptores De Canabinoides - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
Alternative Therapy - Drugs For Severe Mental Disorders		
prochlorperazine maleate (Compazine Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Alternative Therapy - Unclassified - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anthelmintic Combinations Other - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML (perampanel)	Nivel 2	QL (680 ML per 28 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (perampanel)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
Antianxiety Agent - Benzodiazepines - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
FELBATOL ORAL TABLET 400 MG, 600 MG (felbamate)	Nivel 2	
Antianxiety Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG, 50 MG (primidone)	Nivel 2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsant - Neuroactive Steroid Gaba-A Receptor Modulator - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (ganaxolone)	Nivel 3	PA
Anticonvulsant - Phenyltriazine Derivatives - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 2	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Amino Ácido Funcionalizado - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (lacosamide)	Nivel 2	PA
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (lacosamide)	Nivel 2	
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (lacosamide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Feniltriagina - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LAMICTAL ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 50 MG (42) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE) ORAL TABLET DISINTEGRATING, DOSE PK 25 MG(14)-50 MG (14)-100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG, 5 MG (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (35) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (84) -100 MG (14) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT ORAL TABLETS,DOSE PACK 25 MG (42) -100 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 25 MG, 250 MG, 300 MG, 50 MG (lamotrigine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25 MG (21) -50 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 50 MG(14)-100MG (14)-200 MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) ORAL TABLET EXTENDED REL,DOSE PACK 25MG (14)-50 MG (14)-100MG (7) (lamotrigine)	Nivel 2	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) - 100 mg (14)</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablets,dose pack 25 mg (35), 25 mg (42) - 100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14)</i>	Nivel 1	
lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg, 25 Mg)	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Blue) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (35))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Green) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (84) -100 Mg (14))	Nivel 2	
lamotrigine (Subvenite Starter (Orange) Kit Oral Tablets,Dose Pack 25 Mg (42) -100 Mg (7))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticonvulsivo - Derivados De Iminostilbeno - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 200 mg</i>	Nivel 1	
CARBATROL ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
carbamazepine (Eptol Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	
EQUETRO ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (oxcarbazepine)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Carbamazepine, Divalproex, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam IR/ER, Oxcarbazepine, Topiramate, Valproic Acid, or Zonisamide within the past 365 days; QL (4 EA per 1 day)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
TEGRETOL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 100 MG, 200 MG, 400 MG (carbamazepine)	Nivel 2	
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION 300 MG/5 ML (60 MG/ML) (oxcarbazepine)	Nivel 2	
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 600 MG (oxcarbazepine)	Nivel 2	
Anticonvulsivo - Derivados De Monosacáridos - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	Nivel 2	PA
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 150 MG, 200 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
TOPAMAX ORAL CAPSULE, SPRINKLE 15 MG, 25 MG (topiramate)	Nivel 2	
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (topiramate)	Nivel 2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, extended release 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	QL (7 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 50 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Topiramate immediate release tablets/sprinkle capsules within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (3 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 25 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (8 EA per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 50 MG (topiramate)	Nivel 2	QL (7 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Derivados De Sulfonamidas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ZONEGRAN ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG (zonisamide)	Nivel 2	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML (zonisamide)	Nivel 2	PA
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Derivados De Triazoles - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (rufinamide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (rufinamide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (rufinamide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (80 ML per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (16 EA per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Valproic Acid, Divalproex, or Clobazam within the past 120 days; QL (8 EA per 1 day)
Anticonvulsivo - Hidantoínas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
phenytoin sodium extended (Dilantin Extended Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 2	
phenytoin (Dilantin Infatabs Oral Tablet, Chewable 50 Mg)	Nivel 2	
phenytoin sodium extended (Dilantin Oral Capsule 30 Mg)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML (phenytoin)	Nivel 2	
phenytoin sodium extended (Phenytek Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg)	Nivel 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
Anticonvulsivo - Inhibidor De Transaminasa Gaba (Gaba-T) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
SABRIL ORAL POWDER IN PACKET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
SABRIL ORAL TABLET 500 MG (vigabatrin)	Nivel 2	PA
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (vigabatrin)	Nivel 3	PA
vigabatrin (Vigpoder Oral Powder In Packet 500 Mg)	Nivel 1	PA
Anticonvulsivo - Tipo Canabinoide - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cannabidiol (CBD))	Nivel 3	
Anticonvulsivo Otros - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG (stiripentol)	Nivel 3	PA
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML (fenfluramine HCl)	Nivel 3	PA
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (cenobamate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) (cenobamate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo - Agonista Parcial De Ssri Y 5Ht1a - Drugs For Depression		
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (vilazodone HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine IR/ER within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Antagonista De Receptores De N-Metil D-Aspartato (Nmda) - Drugs For Depression		
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) (esketamine HCl)	Nivel 3	PA
Antidepresivo - Antagonistas De Receptores De Alfa-2 (Nassa) - Drugs For Depression		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (mirtazapine)	Nivel 2	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET, DISINTEGRATING 15 MG, 30 MG, 45 MG (mirtazapine)	Nivel 2	
Antidepresivo - Combinaciones Tricíclico-Benzodiacepinas - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo - Inhibidores De Recaptación De Antagonistas De Serotonina-2 (Saris) - Drugs For Depression		
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML (trazodone HCl)	Nivel 2	PA
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antidepresivo - Modulador De Receptores De Esteroide Neuroactiva Gaba-A - Drugs For Depression		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG (zuranolone)	Nivel 3	PA
Antidepresivo - Tricíclico Y Antipsicótico, Comb De Fenotiazinas - Drugs For Depression		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	Nivel 1	
Antidepresivo- Ssri Y Atípico Y Antipsico., Dopamina, Antagonistas De Serotonina - Drugs For Depression		
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antidepresivo-Inhibidores De Norepinafrina Y Recaptación De Dopamina (Ndris) - Drugs For Depression		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 174 MG, 348 MG, 522 MG (bupropion HBr)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bupropion HCL within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 450 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Bupropion within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET SUSTAINED-RELEASE 12 HR 100 MG, 150 MG, 200 MG (bupropion HCl)	Nivel 2	
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG (bupropion HCl)	Nivel 2	
Antidepressant - Alpha-2 Receptor Antagonists (Nassa) - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (methsuximide)	Nivel 2	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
ZARONTIN ORAL CAPSULE 250 MG (ethosuximide)	Nivel 2	
ethosuximide (Zarontin Oral Solution 250 Mg/5 Ml)	Nivel 2	
Antidepressant - Monamine Oxidase (Mao) Inhibitors - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
DEPAKOTE ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 125 MG, 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 125 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
Antidepressant - Ndma Receptor Antagonist And Ndri Combinations - Drugs For Depression		
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG (dextromethorphan HBr/bupropion HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Bupropion, Citalopram, Desvenlafaxine, Duloxetine, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Mirtazapine, Paroxetine, Sertraline, or Venlafaxine within the past 120 days
Antiemetic - Other And Misc Combinations - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 2	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (1800 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution 5 Mg/5 MI)	Nivel 2	QL (1800 ML per 30 days)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiemetics - Drugs For Insomnia		
AMBIEN CR ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 12.5 MG, 6.25 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 5 MG (zolpidem tartrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Zolpidem IR (Ambien) within the past 180 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG (eszopiclone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>zolpidem sublingual tablet 1.75 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Antileprotic - Immunomodulators - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>tiagabine oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
Antiparkinson - Comb De Inhib De Dopaminérgico-Comt Perif-Dopa-Descarboxilasa - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiprotozoal-Antibacterial Agents - Drugs For Migraine Headaches		
<i>diclofenac potassium oral powder in packet 50 mg</i>	Nivel 1	
ELYXYB ORAL SOLUTION 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) (celecoxib)	Nivel 2	PA
Antipsicóticos - Agonistas Inversos De Serotonina Selectia Atípica 5-Ht2a (Ssia) - Drugs For Severe Mental Disorders		
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 3	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG (pimavanserin tartrate)	Nivel 3	PA
Antipsicóticos - Antag Atíp De Dopamina-Serotonina Pirroles De Dibenzo-Oxepino - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (asenapine maleate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR (asenapine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Antag De Dopamina Atípica-Serotonina-Tienobenzodiacepinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>olanzapine-fluoxetine oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (olanzapine)	Nivel 2	
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina- Der De Dibenzo diacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG, 25 MG (clozapine)	Nivel 2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (clozapine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for two generic atypical antipsychotics within the past 365 days; QL (18 ML per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Antagonistas De Dopamina Atípica-Serotonina-Benzisotiazolonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (ziprasidone HCl)	Nivel 2	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG (lurasidone HCl)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (lurasidone HCl)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Atípico, Agonista Parcial De Receptores De D2-5Ht Mezcla De Serotonina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG (aripiprazole)	Nivel 2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsicóticos - Der De Dopamina Atípica-Antag De Serotonina-Dibenzotiazipina - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG (quetiapine fumarate)	Nivel 2	
Antipsicóticos - Derivados De Butirfenonas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Derivados De Dibenzodiacepina - Drugs For Severe Mental Disorders		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 10 MG (loxapine)	Nivel 3	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Fenotiazinas, Alifáticas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Antipsicóticos - Tioxantinas - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Antipsychotic - Atypical Dopamine-Serotonin Antag-Butyrophenone Deriv - Drugs For Severe Mental Disorders		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG (lumateperone tosylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antipsychotic - Benzamide Derivatives - Drugs For Parkinson		
TASMAR ORAL TABLET 100 MG (tolcapone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Comtan (Entacapone) within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
Antipsychotic - Butyrophenone Derivatives - Drugs For Parkinson		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG (opicapone)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipsychotics, Atypical, Dopamine, Serotonin Antag And Opioid Antag Comb - Drugs For Severe Mental Disorders		
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG (olanzapine/samidorphan malate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic atypical antipsychotic within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Antitubercular Agents Other - Drugs For Insomnia		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (suvorexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (lemborexant)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 130 days; QL (1 EA per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (daridorexant HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription of Zolpidem Tartrate, Eszopiclone, or Zaleplon within the last 130 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Benzodiacepinas - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 2	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 2	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) ORAL CAPSULE 5-2.5 MG (chlordiazepoxide/clidinium bromide)	Nivel 2	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>midazolam (pf) injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg	Nivel 1	
quazepam oral tablet 15 mg	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	Nivel 1	
triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 2	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Bulk Chemicals - Drugs For Parkinson		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (rasagiline mesylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (safinamide mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Carbidopa/Levodopa (Duopa, Parcopa, Rytary, Sinemet IR, or Sinemet CR) within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET, DISINTEGRATING 1.25 MG (selegiline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Selegiline capsules or tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Chemicals - Essential Oils - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (midazolam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML (clobazam)	Nivel 2	QL (480 ML per 30 days)
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (clobazam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG (clobazam)	Nivel 2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) (diazepam)	Nivel 2	QL (10 EA per 30 days)
Contrast Media - Barium - Drugs For Depression		
CYMBALTA ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 20 MG, 30 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Paroxetine HCL, Bupropion, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Mirtazapine, Sertraline, or Venlafaxine ER/IR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG (duloxetine HCl)	Nivel 2	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for two generic Duloxetine 20mg capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DULOXICaine KIT 30 MG- 4% (duloxetine HCl/lidocaine HCl)	Nivel 2	
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG, 37.5 MG, 75 MG (venlafaxine HCl)	Nivel 2	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (levomilnacipran HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG, 25 MG, 50 MG (desvenlafaxine succinate)	Nivel 2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) (milnacipran HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Amitriptyline tablets, Cyclobenzaprine IR tablets, Duloxetine 20/30/60mg capsules, generic Gabapentin IR tablets/capsules, or Pregabalin IR capsules within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Venlafaxine HCL ER capsules within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Iodinated - Drugs For Depression		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG, 75 MG (clomipramine HCl)	Nivel 2	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (desipramine HCl)	Nivel 2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (nortriptyline HCl)	Nivel 2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Magnetic Resonance Iron Compounds - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Nivel 1	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (lithium carbonate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contrast Media - Ultrasound Agent Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
Contrast Media - Ultrasound Agents And Combinations - Drugs For Severe Mental Disorders		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG (iloperidone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) (iloperidone)	Nivel 2	QL (8 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) (iloperidone)	Nivel 2	QL (12 EA per 28 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) (iloperidone)	Nivel 2	QL (8 EA per 28 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 3 MG, 9 MG (paliperidone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 6 MG (paliperidone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
RISPERDAL ORAL SOLUTION 1 MG/ML (risperidone)	Nivel 2	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (risperidone)	Nivel 2	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
Déficit De Atención-Hiperact. Trastorno (Tdah) - Alfa 2 Agonistas De Receptores - Drugs For Attention Deficit Disorder		
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
INTUNIV ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (guanfacine HCl)	Nivel 2	
ONYDA XR ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR 0.1 MG/ML (clonidine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clonidine 0.1mg ER tablets within the past 120 days; QL (4 ML per 1 day)
Dermatological - Lubricants - Drugs For Anxiety		
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
Dermatological - Powders - Drugs For Anxiety		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Soap And/Or Cleanser		
Combinations - Drugs For Anxiety		
BUCAPSOL ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 7.5 MG (buspirone HCl)	Nivel 1	
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic - Contrast Media - Drugs For Depression		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR (selegiline)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (isocarboxazid)	Nivel 2	
NARDIL ORAL TABLET 15 MG (phenelzine sulfate)	Nivel 2	
PARNATE ORAL TABLET 10 MG (tranylcypromine sulfate)	Nivel 2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic - Other - Drugs For Severe Mental Disorders		
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (9 EA per 1 day)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
Digestive Aid Mixtures With Anticholinergics - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet, disinteg er biphasic 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
APTENSIO XR ORAL CAP, ER SPRINKLE, BIPHASIC 40-60 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AZSTARYS ORAL CAPSULE 26.1 MG- 5.2 MG, 39.2 MG- 7.8 MG, 52.3 MG- 10.4 MG (serdexmethylphenidate chloride/dexmethylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 17.3 MG, 8.6 MG (methylphenidate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 25.9 MG (methylphenidate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 10 MG/9 HR, 15 MG/9 HR, 20 MG/9 HR, 30 MG/9 HR (methylphenidate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET 5 MG (methamphetamine HCl)	Nivel 2	QL (150 EA per 30 days)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 10 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
DEXEDRINE SPANSULE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 15 MG (dextroamphetamine sulfate)	Nivel 2	QL (120 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg</i>	Nivel 1	QL (120 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
amphetamine sulfate (Evekeo Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
FOCALIN XR ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG, 5 MG (dexamethylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE, DEL REL, EXT REL SPRINK 100 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 10 MG, 20 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
METADATE CD ORAL CAPSULE, ER BIPHASIC 30-70 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
methylphenidate HCl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release 20 Mg)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methamphetamine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (150 EA per 30 days)
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5 ML, 5 MG/5 ML (methylphenidate HCl)	Nivel 2	
<i>methylphenidate hcl oral cap, er sprinkle, biphasic 40-60 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Methylphenidate HCL or Relexxii within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 45 mg, 54 mg, 63 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 EA per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch 24 hour 10 mg/9 hr, 15 mg/9 hr, 20 mg/9 hr, 30 mg/9 hr</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Methylphenidate CD/ER/LA formulation or Methylphenidate suspension/solution within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET,CHEW,IR-ER.BIPHASIC24HR 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	120mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	150mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (300 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	180mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (360 ML per 30 days)
QUILLIVANT XR 25 MG/5 ML SUSP 5 MG/ML (25 MG/5 ML) (methylphenidate HCl)	Nivel 2	60mL BOTTLE; ST: Requires prior prescription for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, or Dextroamphetamine/Amphetamine XR/ER within the past 120 days; QL (60 ML per 30 days)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 18 MG, 27 MG, 54 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 36 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 72 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Lisdexamfetamine, Methylphenidate ER/LA/CD, Concerta, or Adderall XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE,ER BIPHASIC 50-50 10 MG, 20 MG, 40 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE,ER BIPHASIC 50-50 30 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (methylphenidate HCl)	Nivel 2	QL (90 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (lisdexamfetamine dimesylate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.5 MG/9 HOUR, 18 MG/9 HOUR, 4.5 MG/9 HOUR, 9 MG/9 HOUR (dextroamphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg, 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
dextroamphetamine sulfate (Zenzedi Oral Tablet 30 Mg)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dextroamphetamine Sulfate IR 5/10mg tablets or Dextroamphetamine solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Digestive Aids - Drugs For Attention Deficit Disorder		
dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate (Adderall Oral Tablet 10 Mg, 12.5 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 5 Mg, 7.5 Mg)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 15 MG, 5 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADDERALL XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 20 MG, 25 MG, 30 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET, DISINTEG ER BIPHASE 24H 12.5 MG, 15.7 MG, 18.8 MG, 3.1 MG, 6.3 MG, 9.4 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>amphetamine oral tablet, disinteg er biphasic 24h 12.5 mg, 15.7 mg, 18.8 mg, 3.1 mg, 6.3 mg, 9.4 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, er triphasic 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPEN, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5 MG/ML (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (240 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYANAVEL XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (amphetamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Azstarys or Jornay PM within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE, ER TRIPHASIC 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (dextroamphetamine sulf-saccharate/amphetamine sulf-aspartate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Enzymes - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML (brivaracetam)	Nivel 2	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG (brivaracetam)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG (levetiracetam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG (levetiracetam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levetiracetam ER within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
KEPPRA ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levetiracetam)	Nivel 2	
KEPPRA ORAL TABLET 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 2	
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 2	
levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hr 500 Mg, 750 Mg)	Nivel 2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG (levetiracetam)	Nivel 2	PA
Estimulante Cns - Analépticos, Tipo Metilxantina - Drugs For The Nervous System		
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>caffeine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
Gastric Acid Secretion Reducing- H2 Antagonist And Antispasmodic Comb. - Drugs For Insomnia		
DORAL ORAL TABLET 15 MG (quazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
HALCION ORAL TABLET 0.25 MG (triazolam)	Nivel 2	
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>quazepam oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following oral generics: Eszopiclone, Flurazepam, Temazepam, Zaleplon, or Zolpidem tablets within the past 120 days
RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG, 7.5 MG (temazepam)	Nivel 2	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Nivel 1	
Gastric Acid Secretion Reducing-H2 Antagonist And Antacid Combinations - Drugs For Insomnia		
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
Gastrointestinal Antispasmodics - Drugs For Anxiety		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (alprazolam)	Nivel 2	
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (lorazepam)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
KLONOPIN ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (clonazepam)	Nivel 2	
lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate 2 Mg/ML)	Nivel 1	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1 MG, 2 MG, 3 MG (lorazepam)	Nivel 2	
LOREEV XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 1.5 MG (lorazepam)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lorazepam tablets within the past 120 days
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
VALIUM ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (diazepam)	Nivel 2	
XANAX ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (alprazolam)	Nivel 2	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG (alprazolam)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gi Antispasmodic Combinations - Drugs For Depression		
CELEXA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (citalopram hydrobromide)	Nivel 2	
<i>citalopram oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release (drlec) 90 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
LEXAPRO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (escitalopram oxalate)	Nivel 2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG (paroxetine HCl)	Nivel 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5 ML (paroxetine HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PAXIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (paroxetine HCl)	Nivel 2	
PROZAC ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG (fluoxetine HCl)	Nivel 2	
<i>sertraline oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE 20 MG/ML (sertraline HCl)	Nivel 2	
ZOLOFT ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sertraline HCl)	Nivel 2	
Glucocorticoid-Anesthetic Combinations - Drugs For Depression		
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hydrobromide)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Hipnóticos - Agonistas De Receptor De Melatonina M1/M2 - Drugs For Insomnia		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (tasimelteon)	Nivel 3	PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG (tasimelteon)	Nivel 3	PA
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG (ramelteon)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Eszopiclone (Lunesta), Zaleplon (Sonata), or Zolpidem IR (Ambien) within the past 120 days
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 3	PA
Hipnóticos - Combinaciones De Melatonina - Drugs For Insomnia		
AZO MENOPAUSE NIGHT-MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1-30 MG (melatonin/genistein)	Nivel 2	
COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 175-62-1 MG (NIGHT) (vit B/folic acid/calcium/soy xt/black cohosh xt/melatonin)	Nivel 1	
KIDS SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5-25-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 1	
KIDS SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 0.5 MG-45 MG- 12.5 MCG-3.75MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet 10-5.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-theanine oral tablet,disintegrating 3-50 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELAX NIGHT CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 1.5-12.5-50-0.5 MG (melatonin/5-hydroxytryptophan/theanine/lemon balm leaf xt)	Nivel 1	
REPOZEN SLEEP AID ORAL CAPSULE 5-30-50 MG (melatonin/gamma-aminobutyric acid/valerian)	Nivel 2	
SAMBUCUS HONEYBERRY NIGHT ORAL SYRUP 0.5 MG-3.5 GRAM -35 MG/7.5 ML (melatonin/honey/English ivy/elderberry/cider vinegar/C/zinc)	Nivel 2	
SLEEP CALM ORAL TABLET,CHEWABLE 3-50-12.5 MG (melatonin/theanine/lemon balm/chamomile flower/lavender)	Nivel 1	
SLEEP IMMUNE HEALTH ORAL TABLET,CHEWABLE 3 MG-45 MG-12.5 MCG-3.75 MG (melatonin/ascorbic acid/vitamin D3/zinc citrate/elderberry)	Nivel 1	
SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB) ORAL TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE 1.5-22 MG-MCG (melatonin/herbal complex no.233)	Nivel 1	
SOOTHING NIGHT ORAL POWDER 3-350-250 MG/8.3 GRAM (melatonin/mag carbonate,glycinate/pot bic/GABA/glycine/lemon)	Nivel 2	
SOPORDREN ORAL CAPSULE 1-50-25-200 MG (melatonin/GABA/5-HTP/theanine/magnesium citrate,oxide/herbs)	Nivel 2	
SUPERIOR SLEEP ORAL CAPSULE 5-50-50 MG (melatonin/5-HTP/tryptophan/theanine/magnesium/vit B6/herbal)	Nivel 2	
UNISOM SIMPLE SLUMBERS ORAL TABLET,CHEWABLE 2.5 MG (melatonin/passion flower/lemon balm)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hipnóticos - Melatonina - Agentes Individuales - Drugs For Insomnia		
CHILDREN'S MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 1	
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 2	
KIDS MELATONIN ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG (melatonin)	Nivel 1	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML (melatonin)	Nivel 1	
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral liquid 2.5 mg/10 ml</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 12 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,chewable 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,chewable 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	Nivel 2	
MELATONINMAX ORAL TABLET,CHEWABLE 10 MG (melatonin)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Immunosuppressive Agents - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Nivel 1	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
GABARONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 1	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG (pregabalin)	Nivel 2	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML (pregabalin)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 300 MG, 400 MG (gabapentin)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL SOLUTION 250 MG/5 ML (gabapentin)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (gabapentin)	Nivel 2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Dme - Blood Administration Sets - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 35-140 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 52.5-210 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 70-280 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (7 EA per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 87.5-350 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (6 EA per 1 day)
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	
DUOPA J-TUBE INTESTINAL PUMP SUSPENSION 4.63-20 MG/ML (carbidopa/levodopa)	Nivel 3	PA
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Carbidopa/Levodopa ER within the past 120 days; QL (10 EA per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG (carbidopa/levodopa)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML (foscarbidopa/foslevodopa)	Nivel 3	PA
Medical Supplies And Dme - Iv Sets-Tubing - Drugs For Parkinson		
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG (levodopa)	Nivel 3	PA
Medical Supplies And Dme - Needles And Syringes - Drugs For Parkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML (apomorphine HCl)	Nivel 3	PA
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	Nivel 3	PA
GOCOVRI ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG, 68.5 MG (amantadine HCl)	Nivel 3	PA
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1.5 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG (pramipexole di-HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR (rotigotine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML (apomorphine HCl)	Nivel 3	PA
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1) (amantadine HCl)	Nivel 2	PA
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Pramipexole IR or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Medical Supplies And Dme - Parenteral Therapy Supplies - Drugs For Parkinson		
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
Medical Supplies And Durable Medical Equipment (Dme) - Drugs For Parkinson		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
LODOSYN ORAL TABLET 25 MG (carbidopa)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Migraine Therapy - Cgrp Receptor Blockers (Gepants And Mab) - Drugs For Migraine Headaches		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (erenumab-aooe)	Nivel 2	PA; QL (1 ML per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG (rimegepant sulfate)	Nivel 2	PA; QL (18 EA per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (atogepant)	Nivel 2	PA; QL (1 EA per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (ubrogepant)	Nivel 2	PA; QL (16 EA per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (zavegepant HCl)	Nivel 2	PA; QL (8 EA per 30 days)
Migraine Therapy - Selective Serotonin Agonists 5-Ht(1F) - Drugs For Migraine Headaches		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (lasmiditan succinate)	Nivel 2	PA; QL (8 EA per 30 days)
Sedantes-Hipnóticos - Agonistas Selectivos De Adrenoreceptor Alfa2 - Drugs For Insomnia		
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG (dexmedetomidine HCl)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedantes-Hipnóticos - Tipo Tricíclico Antidepresivo - Drugs For Insomnia		
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG (doxepin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Doxepin solution or 10mg capsules, Eszopiclone, Zaleplon, or Zolpidem Tartrate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Terapia Antiparkinson - Agentes Anticolinérgicos - Drugs For Parkinson		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Con Medicamentos Para Trastorno De Movimiento - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	Nivel 3	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 3	PA
Terapia De Dolor Neuropático - Drugs For Seizures /Personality Disorder/Nerve Pain		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 330 MG (pregabalin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)
<i>pregabalin oral tablet extended release 24 hr 330 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for Gabapentin, tricyclic antidepressant, Divalproex, Duloxetine, Pregabalin IR, Venlafaxine, Valproic Acid within the past 365 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Migraña - Agonista De Serotonina 5-Ht(1) Y Comb. De Nsaid - Drugs For Migraine Headaches		
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Sumatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Agonistas Selectivos De Serotonina 5-Ht(1) - Drugs For Migraine Headaches		
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>eletriptan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
FROVA ORAL TABLET 2.5 MG (frovatriptan succinate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>frovatriptan oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 2	QL (18 EA per 30 days)
IMITREX STATDOSE PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 2	QL (18 ML per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4 MG/0.5 ML, 6 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 2	QL (18 ML per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 2	QL (27 EA per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 10 MG (rizatriptan benzoate)	Nivel 2	QL (27 EA per 30 days)
MIGRANOW KIT, GEL AND TABLET 50 MG- 10 %-4 % (sumatriptan succinate/menthol/camphor)	Nivel 2	
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 11 MG (sumatriptan succinate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan nasal spray within the past 120 days; QL (32 EA per 30 days)
RELPAK ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (eletriptan hydrobromide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (27 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	Nivel 1	QL (36 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1	QL (18 ML per 30 days)
TOSYMRA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ACTUATION (sumatriptan)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (24 EA per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 3 MG/0.5 ML (sumatriptan succinate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Sumatriptan injection within the past 120 days; QL (18 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal spray, non-aerosol 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
ZOMIG NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2.5 MG, 5 MG (zolmitriptan)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (18 EA per 30 days)
Terapia De Migraña - Alkaloides De Cornezuelo Y Derivados - Drugs For Migraine Headaches		
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 14 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG (ergotamine tartrate)	Nivel 2	QL (10 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIGRANAL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.5 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (8 ML per 28 days)
TRUDHESA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) (dihydroergotamine mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Sumatriptan or Rizatriptan within the past 180 days; QL (12 ML per 28 days); Age (Min 18 Years)
Terapia De Migraña - Bloqueador De Ligando Cgrp, Anticuerpo Monoclonal - Drugs For Migraine Headaches		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 2	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML (fremanezumab-vfrm)	Nivel 2	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; QL (1 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML (galcanezumab-gnlm)	Nivel 2	PA; QL (1 ML per 30 days)
Terapia De Migraña - Derivados De Ácido Carboxílico - Drugs For Migraine Headaches		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 250 MG, 500 MG (divalproex sodium)	Nivel 2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno De Movimiento - Discinesia Tardía - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Trastorno De Movimiento - Enfermedad De Huntington - Drugs For The Nervous System		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (4 EA per 1 day)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (2 EA per 1 day)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG (deutetrabenazine)	Nivel 3	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG (valbenazine tosylate)	Nivel 3	PA; QL (1 EA per 1 day)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	Nivel 3	PA
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (tetrabenazine)	Nivel 3	PA
Terapia Para Trastorno Por Déficit De Atención-Hiperactividad (Tdah), De Tipo Nri - Drugs For Attention Deficit Disorder		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	Nivel 1	
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG (viloxazine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 150 MG (viloxazine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 200 MG (viloxazine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Atomoxetine, Clonidine ER (Kapvay), Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine/Amphetamine, Guanfacine ER (INTUNIV), or generic IR Methylphenidate within the past 120 days; QL (3 EA per 1 day)
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (atomoxetine HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Tetracycline Antibiotic And Local Anesthetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 300 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabipentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG (gabapentin enacarbil)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Gabipentin (Neurontin-generic available), Pramipexole IR, or Ropinirole IR within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Thrombin Inhibitor - Selective Direct And Reversible - Drugs For Severe Mental Disorders		
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG (cariprazine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Urinary Acidifier - Phosphates - Drugs For Migraine Headaches		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1	QL (10 EA per 7 days)
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG (ergotamine tartrate/caffeine)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dopamine D1 Receptor Agonists, Antihypertensive - Drugs For The Urinary System		
Medicamentos De Disfunción Erectil (De)-Inhib Sel. Cgmp De Fosfodiesterasa Tipo5 - Drugs For Erectile Dysfunction		
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA; SG
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA; SG; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA; SG
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; SG; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA; SG; QL (2 EA per 1 day)
Endocrino		
Antihyperglycemic - Dual Sglt1 And Sglt2 Inhibitors		
INPEFA ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (sotagliflozin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
Corticotropin-Releasing Factor (Crf) Type 1 Receptor Antagonists		
CRENESSITY ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG, 50 MG (crinecerfont)	Nivel 3	PA
CRENESSITY ORAL SOLUTION 50 MG/ML (crinecerfont)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Menopausal Symptoms Suppressant-Neurokinin 3 (Nk3) Receptor Antagonist		
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG (fezolinetant)	Nivel 2	
Endocrino - Hormones		
Abortivos - Antagonistas De Receptores De Progesterona - Drugs For Women		
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (mifepristone)	Nivel 2	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 0	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Imidazol - Drugs For Thyroid		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Antitiroideos, Tionamidas - Derivados De Tiouracilo - Drugs For Thyroid		
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Agentes De Amiloidosis - Establizador De Transtiretina (Ttr) - Hormones		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG (acoramidis HCl)	Nivel 3	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG (tafamidis)	Nivel 3	PA
VYNDALOX ORAL CAPSULE 20 MG (tafamidis meglumine)	Nivel 3	PA
Agentes De Amiloidosis - Supresión De Ttr, Basado En Oligonucleótido Antisentido - Hormones		
WAINUA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.8 ML (eplontersen sodium)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - De Tipo Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 3	PA
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) (teriparatide)	Nivel 3	PA
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	Nivel 3	PA
Agentes De Estimulación De Formación Ósea - Péptidas De Liberación De Hormonas Paratiroidea - Drugs For Menopause And Bone Loss		
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) (abaloparatide)	Nivel 3	PA
Agentes Para Tratar Hipoglicemia (Hiperglucémicos) - Drugs For Diabetes		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION (glucagon)	Nivel 2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT INJECTION RECON SOLN 1 MG (glucagon HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
glucagon (Glucagon Emergency Kit (Human) Injection Recon Soln 1 Mg)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glucose oral tablet, chewable 2 gram</i>	Nivel 1	
<i>glucose oral tablet, chewable 3.75 gram, 4 gram</i>	Nivel 1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML (glucagon)	Nivel 2	
INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN) ORAL GEL 24 GRAM/31 GRAM (dextrose/dextrin/maltose)	Nivel 2	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (diazoxide)	Nivel 2	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML (dasiglucagon HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Baqsimi or Gvoke within the past 120 days
Agents To Treat Hypoglycemia (Hyperglycemics) Combinations - Hormones		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML (corticotropin)	Nivel 3	PA
Anabolic Steroids - Drugs For Diabetes		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
Análogos De Insulina - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75-25) (insulin lispro protamine and insulin lispro)	Nivel 2	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Humalog Mix 75-25 within the past 120 days
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin aspart protamine human/insulin aspart)	Nivel 2	
Análogos De Insulina - De Acción Prolongada - Drugs For Diabetes		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
BASAGLAR TEMPO PEN(U-100)INSLN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin glargine-yfgn, Toujeo or Tresiba within the past 365 days
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 2	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 2	
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-aglr)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Glargine-yfgn, Toujeo, or Tresiba within the past 120 days
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine,human recombinant analog)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	Nivel 2	
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	Nivel 2	
Análogos De Insulina - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
APIDRA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glulisine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML) (insulin aspart (niacinamide)/pump cartridge)	Nivel 2	
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart (niacinamide))	Nivel 2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro)	Nivel 2	
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Nivel 1	
KIRSTY PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-xjhz)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KIRSTY SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-xjhz)	Nivel 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, SENSOR 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Insulin lispro, Novolog, Fiasp, or Lyumjev (non Tempo version) within the past 365 days
LYUMJEV U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin lispro-aabc)	Nivel 2	
MERIOLOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart-szjj)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
MERIOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart-szjj)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fiasp, Lyumjev, Novolog, Insulin Lispro, or Humalog U-200 within the past 120 days
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Androgen - Combinations - Drugs For Diabetes		
DM2 COMBO PACK, TABLET AND STRIP 500 MG (metformin HCl/blood sugar diagnostic)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
metformin oral solution 500 mg/5 ml	Nivel 1	
metformin oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 850 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet 625 mg, 750 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg, 500 mg	Nivel 1	
metformin oral tablet, er gast. retention 24 hr 1,000 mg, 500 mg	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Glucophage XR within the past 120 days
RIOMET ORAL SOLUTION 500 MG/5 ML (metformin HCl)	Nivel 2	
Andrógeno - Agentes Únicos - Drugs For Men		
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (5 GM per 1 day)
testosterone cypionate (Depo-Testosterone Intramuscular Oil 100 Mg/ML)	Nivel 2	PA; QL (10 ML per 28 days)
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (2 EA per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET 10 MG (methyltestosterone)	Nivel 2	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA
NATESTO NASAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 5.5 MG/0.122 GRAM/ACTUATION (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (22 GM per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; QL (10 ML per 28 days)
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	Nivel 1	PA; QL (4 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (5 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (10 GM per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	Nivel 1	PA; QL (1.25 GM per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	Nivel 1	PA; QL (6 ML per 1 day)
TLANDO ORAL CAPSULE 112.5 MG (testosterone undecanoate)	Nivel 2	PA; QL (4 EA per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL 50 MG/5 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 12.5 MG/ 1.25 GRAM (1 %) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 % (50 MG/5 GRAM) (testosterone)	Nivel 2	PA; QL (10 GM per 1 day)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML (testosterone enanthate)	Nivel 2	PA; QL (2 ML per 28 days)
Antagonistas De Receptor De Hormona De Crecimiento - Drugs For Growth		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (pegvisomant)	Nivel 3	
Antidepressant-Tricyclics And Related (Non-Select Reuptake Inhibitors) - Drugs For Diabetes		
BRENZAVVY ORAL TABLET 20 MG (bexagliflozin)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	Nivel 2	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG (canagliflozin)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (empagliflozin)	Nivel 2	
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG, 5 MG (ertugliflozin pidolate)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Agonistas De Receptor De Dopamina - Drugs For Diabetes		
CYCLOSET ORAL TABLET 0.8 MG (bromocriptine mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metformin (Glucophage), Metformin ER, Glyburide/Metformin (Glucovance), or Glipizide/Metformin (Metaglip) within the past 180 days
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Inhibidor De Sglt-2 Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (canagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG (ertugliflozin pidolate/metformin HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Farxiga, Jardiance, Synjardy XR, Synjardy, or Xigduo XR within the past 365 days
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 25-1,000 MG, 5-1,000 MG (empagliflozin/metformin HCl)	Nivel 2	
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG (dapagliflozin propanediol/metformin HCl)	Nivel 2	
Antihiperoglucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Biguanida - Drugs For Diabetes		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG (pioglitazone HCl/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonylurea, or preferred Metformin/Sulfonylurea combination within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihiper glucémicos - Combinaciones De Tiazolidinediona Y Sulfonilurea - Drugs For Diabetes		
DUETACT ORAL TABLET 30-2 MG, 30-4 MG (pioglitazone HCl/glimepiride)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonilurea, or preferred Metformin/Sulfonilurea combination within the past 120 days
<i>pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Metformin, preferred Sulfonilurea, or preferred Metformin/Sulfonilurea combination within the past 120 days
Antihiper glucémicos, De Tipo Análogo De Amilina - Drugs For Diabetes		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML (pramlintide acetate)	Nivel 2	
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML (pramlintide acetate)	Nivel 2	
Antihiper glucémicos, Miméticos De La Incretina, Agonista De Receptores De Glp-1 De Tipo Análogo - Drugs For Diabetes		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML (exenatide microspheres)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml, 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)</i>	Nivel 1	PA
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) (semaglutide)	Nivel 2	PA
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG (semaglutide)	Nivel 2	PA
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML (dulaglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) (liraglutide)	Nivel 2	PA
Antihiperoglucémicos-Insulina, De Acción Prolongada Y Comb De Agonista De Receptores De Glp-1 - Drugs For Diabetes		
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML (insulin glargine,human recombinant analog/lixisenatide)	Nivel 2	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) (insulin degludec/liraglutide)	Nivel 2	
Antihyperglycemic - Dual Gip And Glp-1 Receptor Agonists - Drugs For Diabetes		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antihyperglycemic - Meglitinide Analogs - Hormones		
DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML (desmopressin acetate)	Nivel 2	
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG, 0.2 MG (desmopressin acetate)	Nivel 2	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml), 150 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1	
NOC DURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 55.3 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
NOC DURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET,DISINTEGRATING 27.7 MCG (desmopressin acetate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
Antihyperglycemic (Antidiabetic) Combinations - Drugs For Growth		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG (octreotide acetate)	Nivel 3	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 3	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 3	
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML (octreotide acetate)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) (pasireotide diaspertate)	Nivel 3	PA
Antileprotic - Phenazine Dye Derivatives - Drugs For Menopause And Bone Loss		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 168 MCG/0.56 ML, 294 MCG/0.98 ML, 420 MCG/1.4 ML (palopegteriparatide)	Nivel 3	PA
Antineoplastic - Antiandrogens - Drugs For Women		
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Lo Oral Tablet 0.5-0.1 Mg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Abigale Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
ACTIVEELLA ORAL TABLET 1-0.5 MG (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG (estradiol/progesterone)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/24 HR (estradiol/levonorgestrel)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Combipatch within the past 120 days; QL (1 EA per 7 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR (estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg, 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Nivel 1	
estradiol/norethindrone acetate (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Nivel 1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG (estrogens, conjugated/medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Antineoplastic - Hormone/Hormone Antagonist Agents - Drugs For Women		
COVARYX H.S. ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
COVARYX ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT HS ORAL TABLET 0.625-1.25 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
EEMT ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
ESTRATEST F.S. ORAL TABLET 1.25-2.5 MG (estrogens,esterified/methyltestosterone)	Nivel 1	
<i>estrogens-methyltestosterone oral tablet 0.625-1.25 mg, 1.25-2.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antineoplastic - Selective Retinoid X Receptor Agonists - Drugs For Women		
norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	Nivel 1	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	Nivel 1	
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	Nivel 1	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	Nivel 1	
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	
PROVERA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (medroxyprogesterone acetate)	Nivel 2	
Antineoplastics - Drugs For Inflammation		
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	Nivel 1	
Bone Formation Stimulating Agents - Natriuretic Peptide - Drugs For Menopause And Bone Loss		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 0.4 MG, 0.56 MG, 1.2 MG (vosoritide)	Nivel 3	PA
Calcimimético, Potenciador De Sensibilidad De Receptores De Calcio Paratiroideo - Drugs For Menopause And Bone Loss		
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
cinacalcet oral tablet 90 mg	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 3	QL (2 EA per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (cinacalcet HCl)	Nivel 3	QL (4 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Central Nervous System Agents - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
OSANI ORAL TABLET 12.5-30 MG, 25-45 MG (alogliptin benzoate/pioglitazone HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Cephalosporin Antibiotic And Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Hormones		
MYALEPT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG/ML (FINAL CONC.) (metreleptin)	Nivel 3	PA
Cmv Antiviral Agent - Nucleotide Analogs - Drugs For Diabetes		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (empagliflozin/linagliptin)	Nivel 2	
QTERN ORAL TABLET 10-5 MG, 5-5 MG (dapagliflozin propanediol/saxagliptin HCl)	Nivel 2	
STEGLUJAN ORAL TABLET 15-100 MG, 5-100 MG (ertugliflozin pidolate/sitagliptin phosphate)	Nivel 2	
Combinaciones De Sales Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
BETALOGAN SUIK KIT 6 MG/ML (betamethasone acetate and sodium phosph/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Contraceptive Injectable Combinations - Hormones		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (osilodrostat phosphate)	Nivel 3	PA
RECORLEV ORAL TABLET 150 MG (levoketoconazole)	Nivel 3	PA
Contraceptive Oral - Monophasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (risedronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1	QL (75 ML per 7 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	
ATELVIA ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 35 MG (risedronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BINOSTO ORAL TABLET, EFFERVESCENT 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (4 EA per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG (alendronate sodium)	Nivel 2	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Alendronate and Ibandronate within the past 365 days; QL (1 EA per 7 days)
Contraceptive Oral - Triphasic - Drugs For Menopause And Bone Loss		
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	Nivel 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1	
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML (calcitonin, salmon, synthetic)	Nivel 2	
Contraceptives Implant - Drugs For Women		
CERVIDIL VAGINAL INSERT, EXTENDED RELEASE 10 MG (dinoprostone)	Nivel 2	
PREPIDIL VAGINAL GEL 0.5 MG/3 G (dinoprostone)	Nivel 2	
Diabetic Therapy - Drugs For Menopause And Bone Loss		
EVISTA ORAL TABLET 60 MG (raloxifene HCl)	Nivel 2	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 0	\$0 COPAY IF QUANTITY 1 IN 1 DAY
Diagnostic - Urine Test Combinations - Drugs For Diabetes		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
<i>glimepiride oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 10 MG, 5 MG (glipizide)	Nivel 2	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
Diagnostic Biologicals - Drugs For Diabetes		
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	
Estrogen-Androgen - Drugs For Diabetes		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
PRECOSE ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (acarbose)	Nivel 2	
Estrogen-Antianxiety Agent - Drugs For Diabetes		
ACTOS ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG (pioglitazone HCl)	Nivel 2	
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	
Estrógenos - Drugs For Women		
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.06 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 2	QL (1 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 20 MG/ML (estradiol valerate)	Nivel 2	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (estradiol cypionate)	Nivel 2	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %), 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %), 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 MG/GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
estradiol (Dotti Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 0.87 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (52 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal gel in metered-dose pump 1.25 gram/actuation</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
<i>estradiol transdermal gel in packet 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %), 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %), 0.75 mg/0.75 gram (0.1%)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1 mg/gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel in packet 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (37.5 GM per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 1.25 GRAM/ACTUATION (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days
EVAMIST TRANSDERMAL SPRAY, NON-AEROSOL 1.53 MG/SPRAY (1.7%) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Climara, Minivelle, or Vivelle-Dot within the past 120 days; QL (16.2 ML per 30 days)
estradiol (Lyllana Transdermal Patch Semiweekly 0.025 Mg/24 Hr, 0.0375 Mg/24 Hr, 0.05 Mg/24 Hr, 0.075 Mg/24 Hr, 0.1 Mg/24 Hr)	Nivel 1	QL (2 EA per 7 days)
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (estrogens, esterified)	Nivel 2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 14 MCG/24 HR (estradiol)	Nivel 2	QL (1 EA per 7 days)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol)	Nivel 2	QL (2 EA per 7 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Factor De Crecimiento De Tipo Insulina-1 (Igf-1) - Hormones		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (mecasermin)	Nivel 3	PA
Glucocorticoides - Drugs For Inflammation		
AGAMREE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (vamorolone)	Nivel 3	PA
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 3	PA
CORTEF ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (hydrocortisone)	Nivel 2	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>deflazacort oral suspension 22.75 mg/ml</i>	Nivel 3	PA
<i>deflazacort oral tablet 18 mg, 30 mg, 36 mg, 6 mg</i>	Nivel 3	PA
dexamethasone (Dexabliss Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (39 Tabs))	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML (dexamethasone)	Nivel 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dexamethasone oral tablets, dose pack 1.5 mg (21 tabs), 1.5 mg (35 tabs), 1.5 mg (51 tabs)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
DEXONTO IONTOPHORETIC SOLUTION 0.4 % (dexamethasone sodium phosphate)	Nivel 2	
DMT SUIK KIT 10 MG/ML (dexamethasone/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (deflazacort)	Nivel 3	PA
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG, 6 MG (deflazacort)	Nivel 3	PA
EOHILIA ORAL SUSPENSION IN PACKET 2 MG/10 ML (budesonide)	Nivel 3	PA
HEMADY ORAL TABLET 20 MG (dexamethasone)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone sod succinate injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1	
deflazacort (Jaythari Oral Tablet 18 Mg, 30 Mg, 36 Mg, 6 Mg)	Nivel 3	PA
KENALOG INJECTION SUSPENSION 10 MG/ML, 40 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION 80 MG/ML (triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
KHINDIVI ORAL SOLUTION 1 MG/ML (hydrocortisone)	Nivel 3	
MEDROL (PAK) ORAL TABLETS, DOSE PACK 4 MG (methylprednisolone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG (methylprednisolone)	Nivel 2	
MEDROLOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 2	
MEDROLOAN SUIK KIT 40 MG/ML (methylprednisolone acetate/norflurane/HFC 245fa)	Nivel 2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	Nivel 1	
ORAPRED ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 10 MG, 15 MG, 30 MG (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 2	
PEDIAPRED ORAL SOLUTION 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) (prednisolone sodium phosphate)	Nivel 2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for generic Prednisone tablets, generic Methylprednisolone tablets, or Prednisolone 15mg/5mL oral solution within the past 365 days
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (prednisone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
RAYOS ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 1 MG, 2 MG, 5 MG (prednisone)	Nivel 2	PA
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML (hydrocortisone sodium succinate/PF)	Nivel 2	
dexamethasone (Taperdex Oral Tablets,Dose Pack 1.5 Mg (21 Tabs), 1.5 Mg (49 Tabs))	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TAPERDEX ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (27 TABS) (dexamethasone)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG (budesonide)	Nivel 3	PA
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	
TRILOAN II SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
TRILOAN SUIK KIT 40 MG/ML (triamcinolone/norflurane and pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
prednisolone sodium phosphate (Veripred 20 Oral Solution 20 Mg/5 MI (4 Mg/MI))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZCORT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1.5 MG (25 TABS) (dexamethasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dexamethasone 1.5mg tablets within the past 120 days
Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) - Drugs For Women		
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln 10,000 unit</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 2	
OVIDREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MCG/0.5 ML (choriogonadotropin alfa)	Nivel 2	
PREGNYL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10,000 UNIT (chorionic gonadotropin, human)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Novarel or Ovidrel within the past 120 days
Hormona Estimulante De Folículo (Fsh) - Drugs For Women		
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 300 UNIT/0.36 ML, 600 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.08 ML (follitropin beta,recombinant)	Nivel 3	ST: Requires prior prescription for Gonal-F or Gonal-F-RFF within the past 120 days
GONAL-F RFF REDI-JECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 UNIT/0.48 ML, 450 UNIT/0.72 ML, 900 UNIT/1.44 ML (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 3	
GONAL-F SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,050 UNIT, 450 UNIT (follitropin alfa, recombinant)	Nivel 3	
Hormonas De Tiroides - Fuente Animal (Porcino) - Drugs For Thyroid		
ADTHYZA ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 60 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
ADTHYZA ORAL TABLET 130 MG, 16.25 MG, 30 MG, 32.5 MG, 65 MG, 90 MG, 97.5 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NIVA THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 1	
RENTHYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for NP Thyroid tablets within the past 120 days
RENTHYROID ORAL TABLET 30 MG, 90 MG (thyroid,pork)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>thyroid (pork) oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintético T3 (Triyodotironina) - Drugs For Thyroid		
CYTOMEL ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG (liothyronine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Liothyronine tablets within the past 120 days
liothyronine sodium (Liomny Oral Tablet 25 Mcg, 5 Mcg, 50 Mcg)	Nivel 1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1	
Hormonas De Tiroides - Sintético T4 (Tiroxina) - Drugs For Thyroid		
ERMEZA ORAL SOLUTION 30 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 1	PA
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>levothyroxine oral capsule 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	PA
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
THYQUIDITY ORAL SOLUTION 20 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (20 ML per 1 day)
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	PA
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML (levothyroxine sodium)	Nivel 2	PA
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (levothyroxine sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Levothyroxine tablets within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Hormonas Estimulantes De Folículo Y Luteinizantes - Drugs For Women		
MENOPUR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 75 UNIT (menotropins)	Nivel 3	
Hyperuricemia Therapy - Xanthine Oxidase Inhibitors - Drugs For Women		
<i>paroxetine mesylate(menop.sym) oral capsule 7.5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Paroxetine HCL or Venlafaxine within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
Inhibidor De Antihiperglucémicos-Sglt-2, Inhibidor De Dpp-4 Y Comb De Biguanida - Drugs For Diabetes		
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 12.5-2.5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG (empagliflozin/linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	
Inhibidor De Prolactina - Agonistas De Receptor De Dopamina Derivados De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Inhibidores De Resorción Ósea - Bifosfonatos Y Combinaciones De Vitamina D - Drugs For Menopause And Bone Loss		
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT, 70 MG- 5,600 UNIT (alendronate sodium/cholecalciferol (vitamin D3))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulin - Beef - Drugs For Women		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 2	
<i>clomiphene citrate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
Insulin - Human And Analogs, Fixed Combinations - Drugs For Growth		
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML (somatropin)	Nivel 3	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT) (somatropin)	Nivel 3	PA
NGENLA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somatropin)	Nivel 3	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG (somatropin)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) (somatropin)	Nivel 3	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)	Nivel 3	PA
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (lonapegsomatropin-tcgd)	Nivel 3	PA
SOGROYA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) (somapacitan-beco)	Nivel 3	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG (somatropin)	Nivel 3	PA
Insulin Pork Combinations - Drugs For Women		
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML (nafarelin acetate)	Nivel 3	PA
Insulina Humana - Combinaciones Fijas - Drugs For Diabetes		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin NPH human isophane/insulin regular, human)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulina Humana - De Acción Corta - Drugs For Diabetes		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) (insulin regular, human in 0.9 % sodium chloride)	Nivel 2	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin regular, human)	Nivel 2	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin regular, human)	Nivel 2	
Insulina Humana - De Acción Intermedia - Drugs For Diabetes		
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (insulin NPH human isophane)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Insulina Humana - De Acción Rápida - Drugs For Diabetes		
AFREZZA INHALATION CARTRIDGE WITH INHALER 12 UNIT, 4 UNIT, 4 UNIT (90)/ 8 UNIT (90), 4 UNIT/8 UNIT/ 12 UNIT (60), 8 UNIT, 8 UNIT (90)/ 12 UNIT (90) (insulin regular, human)	Nivel 2	PA
Lhrh (Gnrh) Antagonist, Estrogen And Progestin Combinations - Drugs For Woman		
MYFEMBREE ORAL TABLET 40-1-0.5 MG (relugolix/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
ORIAHNN ORAL CAPSULE, SEQUENTIAL 300-1-0.5MG(AM) /300 MG(PM) (elagolix sodium/estradiol/norethindrone acetate)	Nivel 2	
Lhrh (Gnrh) Antagonistas - Drugs For Women		
<i>cetorelix subcutaneous kit 0.25 mg</i>	Nivel 3	
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT 0.25 MG (cetorelix acetate)	Nivel 3	
ganirelix acetate (Fyremadel Subcutaneous Syringe 250 Mcg/0.5 MI)	Nivel 3	
<i>ganirelix subcutaneous syringe 250 mcg/0.5 ml</i>	Nivel 3	
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (elagolix sodium)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Denture Care Supplies - Drugs For Women		
ANGELIQ ORAL TABLET 0.25-0.5 MG, 0.5-1 MG (drospirenone/estradiol)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Infant Diapers - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	Nivel 2	
NESINA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (alogliptin benzoate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
<i>sitagliptin oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
ZITUVIO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ocitótico - Alcaloides De Cornezuelo - Drugs For Women		
<i>methylergonovine oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (28 EA per 30 days)
Oral Antidiabetic Agents - Drugs For Growth		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 3	PA
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG (tesamorelin acetate)	Nivel 3	PA
Penicillin Antibiotic - Beta-Lactamase Inhibitor Combinations - Drugs For Women		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (estrogens, conjugated/bazedoxifene acetate)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Tableting - Drugs For Diabetes		
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphate/metformin HCl)	Nivel 2	
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (linagliptin/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
KAZANO ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG (alogliptin benzoate/metformin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Janumet XR, Janumet, or Januvia within the past 120 days
Potenciador De Fertilidad - Apoyo A La Fase Lútea, Tipo-Progesterona - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT 100 MG (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Supresores Pituitario De Inhibidor De Gonadotropina - Drugs For Women		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	Nivel 1	
Urinary Antibacterial - Quinolones - Drugs For Diabetes		
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	Nivel 3	PA
mifepristone oral tablet 300 mg	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Gastrointestinal Prokinetic Combinations - Drugs For The Nervous System		
Agente De Esclerosis Múltiple - Análogos De Nucleósido Purina - Drugs For Multiple Sclerosis		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine)	Nivel 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Anticuerpo Monoclonal Específico De Cd20 - Drugs For Multiple Sclerosis		
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML (ofatumumab)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente De Esclerosis Múltiple - Bloqueador De Canal De Potasio - Drugs For Multiple Sclerosis		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 10 MG (dalfampridine)	Nivel 3	PA
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Inhibidores De Síntesis De Pirimidina - Drugs For Multiple Sclerosis		
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (teriflunomide)	Nivel 2	PA
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Interferonas - Drugs For Multiple Sclerosis		
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a)	Nivel 2	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)	Nivel 2	PA
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SYRINGE 125 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 3	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML (peginterferon beta-1a)	Nivel 2	PA
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6) (interferon beta-1a/albumin human)	Nivel 2	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Modulador De Receptor De Esfingosina 1-Fosfato - Drugs For Multiple Sclerosis		
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (fingolimod HCl)	Nivel 3	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG (fingolimod HCl)	Nivel 2	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG (siponimod)	Nivel 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) (siponimod)	Nivel 3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) (siponimod)	Nivel 3	PA
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3) (ponesimod)	Nivel 3	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG (ponesimod)	Nivel 3	PA
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG (fingolimod lauryl sulfate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG-0.46 MG -0.92 MG (21) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3) (ozanimod hydrochloride)	Nivel 3	PA
Agente De Esclerosis Múltiple - Otros - Drugs For Multiple Sclerosis		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 95 MG (monomethyl fumarate)	Nivel 3	PA
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML, 40 MG/ML (glatiramer acetate)	Nivel 2	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1	PA
glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Syringe 20 Mg/ML, 40 Mg/ML)	Nivel 1	PA
TECFIDERA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 120 MG, 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG (dimethyl fumarate)	Nivel 2	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG (diroximel fumarate)	Nivel 3	PA
Minerals And Electrolytes - Iodine - Rectal Preparations		
Glycopeptide Antibiotics - Rectal Preparations		
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Iodine Combinations - Rectal Preparations		
ANUCORT-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
ANUSOL-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 2	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 2	
HEMMOREX-HC RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 30 MG (hydrocortisone acetate)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone acetate rectal suppository 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
hydrocortisone acetate (Proctocort Rectal Suppository 30 Mg)	Nivel 2	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Minerals And Electrolytes - Potassium - Rectal Preparations		
hydrocortisone acetate/pramoxine HCl (Analpram-Hc Rectal Cream 1-1 %)	Nivel 2	
ANALPRAM-HC RECTAL CREAM 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream 1-1 %, 2.5-1 %, 2.5-1 % (4g)</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal suppository 25-18 mg</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal gel 3 %-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 2 %-2 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac rectal kit 3-0.5 %, 3-1 % (7 gram), 3-2.5 % (7 gram)</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone-aloe rectal gel 2.8-0.55 %</i>	Nivel 1	
PROCORT RECTAL CREAM 1.85-1.15 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PROCTOFOAM HC RECTAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
ZYPRAM RECTAL KIT, CREAM AND TOWELETTE 2.35-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl/skin cleanser no.16)	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations		
Dermatitis Agents, Systemic - IL-31 Receptor Alpha Antagonist Mab		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 30 MG (nemolizumab-ilto)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Nitric Oxide Releasing Agents		
ZELSUVMI TOPICAL GEL 10.3 % (berdazimer sodium)	Nivel 2	PA
Hair Growth Agents - Kinase Inhibitor		
LEQSELVI ORAL TABLET 8 MG (deuruxolitinib phosphate)	Nivel 3	PA
LITFULO ORAL CAPSULE 50 MG (ritlecitinib tosylate)	Nivel 3	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (baricitinib)	Nivel 3	PA
Minerals And Electrolytes - Zinc Combinations - Drugs For The Skin		
Acne Therapy Topical - Androgen Receptor Inhibitors - Drugs For The Skin		
WINLEVI TOPICAL CREAM 1 % (clascoterone)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Agentes Antipsoriático - Antagonistas De Interleucinas-23 (Il-23), Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 3	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (risankizumab-rzaa)	Nivel 3	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML (guselkumab)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Antipsoriático - Inhibidores De Interleucinas 12 E Il-23, Anticuerpos Mc - Drugs For The Skin		
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	Nivel 3	PA
STEQUEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-stba)	Nivel 3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab-kfce)	Nivel 3	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Sistémico-Antag. De Interleucinas-4 (Il-4Ra) Mab - Drugs For The Skin		
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML (dupilumab)	Nivel 3	PA
Agentes De Dermatitis O Eccema, Tópico - Inhibidores De Fosfodiesterasa-4 - Drugs For The Skin		
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % (crisaborole)	Nivel 2	PA; QL (100 GM per 30 days)
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agentes Individuales De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
crotamiton (Crotan Topical Lotion 10 %)	Nivel 2	
ELIMITE TOPICAL CREAM 5 % (permethrin)	Nivel 2	
EURAX TOPICAL CREAM 10 % (crotamiton)	Nivel 2	
EURAX TOPICAL LOTION 10 % (crotamiton)	Nivel 2	
LICE-BEDBUG-MITE BEDDING AEROSOL,SPRAY 0.5 % (permethrin)	Nivel 1	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1	
NATROBA TOPICAL SUSPENSION 0.9 % (spinosad)	Nivel 2	
OVIDE TOPICAL LOTION 0.5 % (malathion)	Nivel 2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
crotamiton (Pruradik Topical Lotion 10 %)	Nivel 2	
<i>spinosad topical suspension 0.9 %</i>	Nivel 1	
ULESFIA TOPICAL LOTION 5 % (benzyl alcohol)	Nivel 2	
Agentes Individuales De Irritantes Dermatológicos-Antiirritantes - Drugs For The Skin		
<i>methyl salicylate oil</i>	Nivel 1	
<i>methyl salicylate topical liquid</i>	Nivel 1	
QUTENZA TOPICAL KIT 8 % (capsaicin/skin cleanser)	Nivel 2	PA
WINTERGREEN OIL OIL (methyl salicylate)	Nivel 1	
Androgen Salt Combinations - Drugs For The Skin		
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % (mechlorethamine HCl)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Anticoagulants - Drugs For The Skin		
REGSPAN TOPICAL GEL 0.01 % (becaplermin)	Nivel 2	
Anticonvulsant - Benzodiazepines - Drugs For The Skin		
OTZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (apremilast)	Nivel 3	PA
OTZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) (apremilast)	Nivel 3	PA
Antihyperlipidemic Agents - Dietary Source Combinations - Drugs For The Skin		
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	Nivel 1	ST: At least 2 prior prescriptions for oral generic Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 365 days
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
ZOIRAX TOPICAL OINTMENT 5 % (acyclovir)	Nivel 2	
Antipruriginosos Dermatológicos - Antihistamínicos - Drugs For The Skin		
<i>doxepin topical cream 5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antipruriginosos Dermatológicos Otros - Drugs For The Skin		
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 2	
Antipsoriático - Retinoide (Derivado De Vitamina A) - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
DUOBRII TOPICAL LOTION 0.01-0.045 % (halobetasol propionate/tazarotene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (200 GM per 28 days)
Antipsoriatic Agents - Interleukin-36 (Il-36) Receptor Antagonist, Mc - Drugs For The Skin		
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (spesolimab-sbzo)	Nivel 3	
Antipsoriatic Agents - Tyrosine Kinase 2 (Tyk2) Inhibitor - Drugs For The Skin		
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG (deucravacitinib)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Beta Blockers Cardiac Selective, Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Skin		
EPIFIX AMNIOTIC MEMBRANE TOPICAL SHEET 14 MM, 2 X 3 CM, 4 X 4 CM, 7 X 7 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
GRAFIX CORE TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
GRAFIX PRIME TOPICAL SHEET 1.5 X 2 CM, 14 MM, 16 MM, 2 X 3 CM, 3 X 4 CM, 5 X 5 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
GRAFIX XC TOPICAL SHEET 7.5 X 15 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
STRAVIX TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 3 X 6 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
TRUSKIN TOPICAL SHEET 2 X 4 CM, 4 X 8 CM (human regenerative tissue matrix)	Nivel 2	
Beta Blockers Non-Cardiac Selective - Drugs For The Skin		
CLODAN KIT TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER 0.05 % (clobetasol propionate/skin cleanser combination no.28)	Nivel 2	
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % (hydrocortisone/skin cleanser)	Nivel 2	
SYNALAR TS TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser comb no.28)	Nivel 2	
XILAPAK TOPICAL KIT 0.01 % (fluocinolone acetonide/skin cleanser no.10/silicone, tape)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Cmv Antiviral Agent - Nucleoside Analogs - Drugs For The Skin		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 3	PA
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2 ML (bimekizumab-bkzx)	Nivel 3	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (secukinumab)	Nivel 2	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML (secukinumab)	Nivel 3	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (secukinumab)	Nivel 3	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML (brodalumab)	Nivel 3	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML (ixekizumab)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Cuidado De Lesiones Otros - Drugs For The Skin		
<i>balsam peru-castor oil topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>balsam peru-castor oil topical ointment in packet</i>	Nivel 1	
BPCO TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 1	
DERMACINRX CLORHEXACIN TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	
DERMACINRX SURGICAL PHARMAPAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	
DERMAWERX SURGICAL PLUS PAK TOPICAL KIT 2-4-5 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	
DERMULCERA TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 2	
FILSUVEZ TOPICAL GEL 10 % (birch bark extract)	Nivel 3	PA
LEVICYN ANTIPRURITIC TOPICAL GEL (sod Mg fluo/sodium phos/NaCl/hypochlorous acid/sod hypochlor)	Nivel 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT (balsam peru/castor oil)	Nivel 2	
VENELEX TOPICAL OINTMENT IN PACKET (balsam peru/castor oil)	Nivel 2	
WHYTE Derm SURGIPAK TOPICAL KIT 2-4-2 % (mupirocin/chlorhexidine glucon/dimethicone/silicone adhesive)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Combinaciones De Escabicida Y Pediculicida - Drugs For The Skin		
NIX LICE PREVENTION TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.06-0.35-0.6 % (rosemary oil/lemongrass/citronella oil)	Nivel 1	
Combinaciones De Terapia Para El Acné Tópica Otros - Drugs For The Skin		
ADALINA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DIMOXIA TOPICAL GEL 5-4 % (spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
Cuidado De Lesiones - Combinaciones De Limpiadores - Drugs For The Skin		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
DELUXO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
EPICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (hypochlorous acid/sodium chloride/sodium phosphate)	Nivel 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluor/e.water)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 %-0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
LEVICYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.009 % (hypochlorous acid/sod chlor/sod sulfate/sod phosphate, mono)	Nivel 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 %-0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
Cuidado De Lesiones - Limpiadores - Drugs For The Skin		
SIMPLY SALINE WOUND WASH TOPICAL AEROSOL, SPRAY 0.9 % (sodium chloride)	Nivel 2	
VASHE IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION 0.033 % (sodium chloride irrigating solution/hypochlorous acid)	Nivel 2	
Cuidado De Lesiones - Vendajes - Drugs For The Skin		
ACESO AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 2	
ACTICOAT 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver)	Nivel 2	
ACTICOAT DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 5 X 5 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTICOAT FLEX 3 DRESSING TOPICAL BANDAGE 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 48 ", 4 X 8 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 2	
ACTICOAT FLEX 7 DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 24 ", 16 X 16 ", 2 X 2 ", 4 X 5 ", 6 X 6 ", 8 X 16 " (silver)	Nivel 2	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 2	
ALLEVYN AG ADHESIVE TOPICAL BANDAGE 5 %- 3" X 3", 5 %- 5" X 5", 5 %- 7" X 7" (silver sulfadiazine/foam bandage)	Nivel 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 2	
BIOSTEP AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/silver/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 2	
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 2	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
COLLATYL TOPICAL GEL 1 % (collagen, hydrolysate (bovine)/silver oxide)	Nivel 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
DYNAFOAM AG TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (silver/foam bandage)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DYNAGINATE AG TOPICAL BANDAGE 12 " , 2 X 2 " , 4 X 5 " , 4 X 8 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
L-MESITRAN SOFT TOPICAL GEL 40 % (honey)	Nivel 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " , 3/4 X 12 " , 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL GEL 80 % (honey)	Nivel 2	
MEDIHONEY (HONEY) TOPICAL PASTE 100 % (honey)	Nivel 2	
OCM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 2	
OMEZA TOPICAL OINTMENT IN PACKET (collagen, hydrolyzed/cod liver oil)	Nivel 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 " , 3 1/2 X 5 1/2 " , 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " , 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
RESTORE CALCIUM ALGINATE TOPICAL BANDAGE 4 X 4 3/4 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 1 X 12 " , 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILIGENTLE AG TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 ", 4 X 5 ", 6 X 6 " (silver/silicone/foam bandage)	Nivel 2	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
Dermatitis - Janus Kinase (Jak) Inhibitors - Drugs For The Skin		
ANZUPGO TOPICAL CREAM 2 % (delgocitinib)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
CIBINQO ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 50 MG (abrocitinib)	Nivel 3	PA
OPZELURA TOPICAL CREAM 1.5 % (ruxolitinib phosphate)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG (upadacitinib)	Nivel 3	PA
Dermatitis Agents, Systemic - Interleukin-13 Inhibitors Mab - Drugs For The Skin		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 3	PA
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML (tralokinumab-ldrm)	Nivel 3	PA
EBGLYSS PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EBGLYSS SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 250 MG/2 ML (lebrikizumab-lbkz)	Nivel 3	PA
Dermatological - Antineoplastic Or Premalignant Lesions - Antimicrotubule - Drugs For The Skin		
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 2	QL (5 EA per 1 FILL)
KLISYRI (350 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % (tirbanibulin)	Nivel 2	QL (5 EA per 1 FILL)
Dermatological - Immunomodulator Combinations - Drugs For The Skin		
KAZURI TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
KERIDA TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 2	
KYNARA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 2	
QUIDROXZAR TOPICAL GEL 5-0.1-30 % (imiquimod/tretinoin/salicylic acid)	Nivel 2	
QUIHOXAXIA TOPICAL GEL 5-1-2 % (imiquimod/levocetirizine dihydrochloride/niacinamide)	Nivel 2	
QUIHOXVAR TOPICAL GEL 5-0.05-1 % (imiquimod/tretinoin/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
Dermatological - Mammalian Target Of Rapamycin (Mtor) Inhibitors - Drugs For The Skin		
HYFTOR TOPICAL GEL 0.2 % (sirolimus)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Adhesivos De Tejido/Lesiones - Selladaores De Fibrina - Drugs For The Skin		
ARTISS TOPICAL SYRINGE 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (10ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (2 ML), 2.5 TO 6.5 UNIT/ML (4 ML) (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL KIT 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 2	
TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN) TOPICAL SYRINGE 10 ML, 2 ML, 4 ML (thrombin(hum plas)/fibrinogen/aprotinin,syn/calcium chloride)	Nivel 2	
Dermatológico - Agente Individuales De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
<i>ethyl chloride topical aerosol,spray 100 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Agente Individuales Querotolíticos-Antimióticos - Drugs For The Skin		
<i>cantharidin in acetone topical solution 0.7 %</i>	Nivel 1	
CEM-UREA TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 1	
CONDYLOX TOPICAL GEL 0.5 % (podofilox)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
HYDRO 35 TOPICAL FOAM 35 % (urea)	Nivel 2	
HYDRO 40 TOPICAL FOAM 40 % (urea)	Nivel 2	
KERALYT TOPICAL SHAMPOO 6 % (salicylic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PODOCON TOPICAL LIQUID 25 % (podophyllum resin)	Nivel 1	
<i>podofilox topical gel 0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Podofilox 0.5% solution within the past 120 days; QL (0.5 GM per 1 day)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (0.5 ML per 1 day)
RAYASAL TOPICAL CREAM 5.9 % (salicylic acid)	Nivel 2	
RYNODERM TOPICAL CREAM 37.5 % (urea)	Nivel 2	
SALICATE TOPICAL LIQUID 10 % (salicylic acid)	Nivel 2	
<i>salicylic acid topical cream 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film forming liquid w/appl 27.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical film-forming soln er w/ appl 28.5 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical foam 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical gel 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical liquid 26 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical ointment 3 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical shampoo 6 %</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid-ceramides no.1 topical kit,cleanser and cream er 6 %</i>	Nivel 1	
SALIMEZ FORTE TOPICAL CREAM 10 % (salicylic acid)	Nivel 2	
SALIMEZ TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 2	
SALVAX TOPICAL FOAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SALYCIM TOPICAL CREAM 6 % (salicylic acid)	Nivel 2	
SALYNTRA TOPICAL GEL 6 % (salicylic acid)	Nivel 1	
TRI-CHLOR TOPICAL SOLUTION 80 % (trichloroacetic acid)	Nivel 2	
<i>trichloroacetic acid topical recon soln 100 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %, 40 %, 50 %, 75 %, 80 %, 90 %</i>	Nivel 2	
ULTRASAL-ER TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28.5 % (salicylic acid)	Nivel 2	
URAMAXIN GT TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL CREAM 45 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL FOAM 20 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL GEL 45 % (urea)	Nivel 2	
URAMAXIN TOPICAL LOTION 45 % (urea)	Nivel 2	
UREA NAIL STICK TOPICAL SOLUTION 50 % (urea)	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39 %, 40 %, 41 %, 45 %, 47 %, 50 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical cream 39.5 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical foam 35 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical gel 45 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical lotion 40 %</i>	Nivel 1	
VIRASAL TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL 27.5 % (salicylic acid)	Nivel 2	
XALIX TOPICAL FILM-FORMING SOLN ER W/ APPL 28 % (salicylic acid)	Nivel 2	
XUREA TOPICAL CREAM 39 % (urea)	Nivel 2	
YCANTH TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 0.7 % (cantharidin)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Agentes Antibacterianos Y Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
QUINJA TOPICAL GEL 1.25-1 % (iodoquinol/aloe polysaccharides no.1)	Nivel 2	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Derivados De Vitamina A - Drugs For The Skin		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	Nivel 3	
Dermatológico - Agentes Antipsoriásicos Sistémicos, Fotosensibilizantes - Drugs For The Skin		
methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Despигmentación - Drugs For The Skin		
BLANCHE TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 2	
hydroquinone topical cream 4 %	Nivel 1	
KAXM TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 2	
KEXM TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 2	
KUTEA TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
KUXM TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA HP PLUS TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA HP TOPICAL EMULSION 8 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA LP TOPICAL EMULSION 4 % (hydroquinone)	Nivel 2	
MEDORFA TOPICAL EMULSION 6 % (hydroquinone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OBAGI ELASTIDERM TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM BLENDER TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
OBAGI NU-DERM CLEAR TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone)	Nivel 1	
Dermatológico - Agentes De Tratamiento De Hiperhidrosis De Anticolinérgicos - Drugs For The Skin		
QBREXZA TOPICAL TOWELETTE 2.4 % (glycopyrronium tosylate)	Nivel 2	PA
SOFDRA TOPICAL GEL WITH PUMP 12.45 % (72 MG /ACTUATION) (sofipirionium bromide)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Agentes Individuales De Nsaid - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	Nivel 1	
DICLOFONO TOPICAL GEL IN PACKET 1.6 % (diclofenac sodium)	Nivel 2	
FLECTOR TRANSDERMAL PATCH 12 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 2	
FROTEK TOPICAL CREAM IN PACKET 10 % (ketoprofen)	Nivel 2	
FROTEK TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (ketoprofen, micronized)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LEFLUNICLO KIT, GEL AND TABLET 20 MG- 1 % (leflunomide/diclofenac sodium)	Nivel 2	
LICART TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1.3 % (diclofenac epolamine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Flector patch within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
PROFINAC TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 2	
VENNGEL II TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 2	
VENNGEL ONE TOPICAL KIT 1 % (diclofenac sodium)	Nivel 1	
XRYLIX (DICLOFENAC-KINES TAPE) TOPICAL KIT 1.5 % (diclofenac sodium/kinesiology tape)	Nivel 2	
Dermatológico - Agentes Tópicos Antipsoriásicos - Drugs For The Skin		
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical foam 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcitriol topical ointment 3 mcg/gram</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIOOXIA TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 2	
DRITHOCREME HP TOPICAL CREAM 1 % (anthralin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PURAZIL TOPICAL CREAM 0.005-4 % (calcipotriene/niacinamide)	Nivel 2	
SORILUX TOPICAL FOAM 0.005 % (calcipotriene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
tazarotene topical cream 0.05 %	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
tazarotene topical cream 0.1 %	Nivel 1	
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.1 % (tazarotene)	Nivel 2	
TAZORAC TOPICAL GEL 0.05 %, 0.1 % (tazarotene)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
TRIONEX TOPICAL KIT 0.005 % (calcipotriene/transparent dressing)	Nivel 2	
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VECTICAL TOPICAL OINTMENT 3 MCG/GRAM (calcitriol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VTAMA TOPICAL CREAM 1 % (tapinarof)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
ZITHRANOL TOPICAL SHAMPOO 1 % (anthralin micronized)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Dermatológico - Agentes Tópicos De Terapia Fotodinámica - Drugs For The Skin		
AMELUZ TOPICAL GEL 10 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 2	
LEVULAN TOPICAL SOLUTION 20 % (aminolevulinic acid HCl)	Nivel 2	
Dermatológico - Agonista De Receptor De Retinoide Selectiva De Antineoplásicos - Drugs For The Skin		
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 3	PA
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 % (bexarotene)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Amidas Tópicas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANASTIA TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
ASTERO TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
lidocaine (Dermacinrx Lidocan Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
DERMACINRX LIDOGEL TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DERMACINRX LIDOREX TOPICAL GEL 2.8 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
DERMALID TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/elastic bandage)	Nivel 1	
lidocaine HCl (Glydo Mucous Membrane Jelly In Applicator 2 %)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA) TOPICAL SOLUTION 4-0.05-0.5 % (lidocaine HCl/racepinephrine HCl/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.09-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 1	
L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA) TOPICAL GEL 4-0.18-0.5 % (lidocaine HCl/epinephrine bitartrate/tetracaine HCl)	Nivel 2	
LDO PLUS TOPICAL GEL WITH PUMP 4 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl topical cream 3 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1	QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine-racepinep-tetracaine topical solution 4-0.05-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-tetracaine topical cream 7-7 %</i>	Nivel 1	
lidocaine (Lidocan Iii Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
lidocaine (Lidocan Iv Topical Adhesive Patch,Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine (Lidocan V Topical Adhesive Patch, Medicated 5 %)	Nivel 1	QL (90 EA per 30 days)
LIDODERM TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 5 % (lidocaine)	Nivel 2	QL (90 EA per 30 days)
LIDOPIN TOPICAL CREAM 3 %, 3.25 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
LIDOPURE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 1	
LIDORX TOPICAL GEL WITH PUMP 3 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
LIDTOPIC MAX TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (lidocaine)	Nivel 2	
LIDTOPIC TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 7.5 % (lidocaine)	Nivel 2	
MOXICAINE TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 1	
NOLIRA TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 2	
NUMBONEX TOPICAL LOTION 2.75 % (lidocaine HCl)	Nivel 2	
NYNUTEY TOPICAL CREAM 23-7 % (lidocaine/tetracaine)	Nivel 2	
PROXIVOL TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 2	
REGENECARE TOPICAL GEL 2 % (lidocaine HCl/collagen)	Nivel 2	
REGENECARE WITH ALOE TOPICAL GEL 2 % (vitamin E/lidocaine/aloe vera/collagen)	Nivel 2	
TRANZAREL TOPICAL GEL 4 % (lidocaine)	Nivel 2	
XYLIDERM TOPICAL KIT 5 % (lidocaine/kinesiology tape)	Nivel 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 2	
ZILOVAL TOPICAL KIT 5 % (lidocaine)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 % (lidocaine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Lidoderm 5% patch within the past 120 days; QL (90 EA per 30 days)
Dermatológico - Aminoglucósidos Antibacterianos - Drugs For The Skin		
gentamicin topical cream 0.1 %	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
gentamicin topical ointment 0.1 %	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antibacterial, Agente Antifúngico Con Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ALCORTIN A TOPICAL GEL IN PACKET 2-1-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe polysaccharides no.2)	Nivel 2	
DAZINIA TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 2	
hydrocortisone-iodoquinol-aloe2 topical gel 2-1-1 %	Nivel 1	
hydrocortisone-iodoquinol-aloe topical cream in packet 1.9-1 %	Nivel 1	
PHEODOYO TOPICAL CREAM 2-1-2.5 % (ketoconazole/iodoquinol/hydrocortisone)	Nivel 2	
VYTONE TOPICAL CREAM IN PACKET 1.9-1 % (hydrocortisone acetate/iodoquinol/aloe vera)	Nivel 2	
Dermatológico - Antibacteriales Otros - Drugs For The Skin		
BASADROX TOPICAL GEL IN PACKET (silver)	Nivel 2	
BATIZIA TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CENTANY AT TOPICAL OINTMENT KIT 2 % (mupirocin)	Nivel 2	
CENTANY TOPICAL OINTMENT 2 % (mupirocin)	Nivel 2	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin calcium topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
NANRAN TOPICAL OINTMENT 2-2 % (mupirocin/lidocaine)	Nivel 2	
NORMLGEL AG TOPICAL GEL 0.11 % (silver carbonate)	Nivel 2	
<i>silver nitrate topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>silver nitrate topical solution 10 %, 25 %, 50 %</i>	Nivel 1	
SILVRSTAT TOPICAL GEL 32 PPM (silver)	Nivel 2	
SOLOX GEL TOPICAL GEL 55 PPM (silver nitrate)	Nivel 2	
Dermatológico - Antifúngicos Otros - Drugs For The Skin		
<i>triacetin liquid 100 %</i>	Nivel 2	
Dermatológico - Antineoplásicos O Lesiones Premalignas - Nsaid'S - Drugs For The Skin		
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	Nivel 1	QL (100 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Antiseborreico - Drugs For The Skin		
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 2	
OVACE PLUS SHAMPOO TOPICAL SHAMPOO 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OVACE PLUS TOPICAL CREAM 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE PLUS TOPICAL LOTION 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Ciclopirox (shampoo/gel) or Ketoconazole (shampoo/cream) within the past 120 days
OVACE PLUS WASH TOPICAL CLEANSER, GEL 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OVACE TOPICAL CLEANSER 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
PLEXION NS TOPICAL SHAMPOO 9.8 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo 2.25 %, 2.3 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo 10 %, 9.8 %</i>	Nivel 1	
TERSI FOAM TOPICAL FOAM 2.25 % (selenium sulfide)	Nivel 2	
ZORYVE TOPICAL FOAM 0.3 % (roflumilast)	Nivel 2	PA; QL (60 GM per 30 days)
Dermatológico - Antitranspirantes - Drugs For The Skin		
DRYSOL DAB-O-MATIC TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DRYSOL TOPICAL SOLUTION 20 % (aluminum chloride)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinación De Nsaid Y Anestesia Local - Drugs For The Skin		
DICLOVIX TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-2.5-4-2 % (diclofenac sodium/lidocaine/methyl salicylate/camphor)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngicas Otros - Drugs For The Skin		
DENVITA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 2	
DIFMETIOXRIME TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
EXODERM TOPICAL LOTION 25-1 % (sodium thiosulfate/salicylic acid)	Nivel 1	
FENOVIA TOPICAL SOLUTION 4-2-1-4 % (fluconazole/ibuprofen/itraconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
FERVINA TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 2	
FIDILA TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 2	
FRIVO TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 2	
HEXIOUNYL TOPICAL LOTION 3-5-20 % (ciclopirox olamine/itraconazole/urea)	Nivel 2	
IMIOXIA TOPICAL CREAM 1-4 % (econazole nitrate/niacinamide)	Nivel 2	
PHEDRAX TOPICAL SHAMPOO 2-2 % (ketoconazole/salicylic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHEOXIA TOPICAL CREAM 2-4 % (ketoconazole/niacinamide)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones Antifúngico-Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
CLOBEZIN TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-0.44 % (clotrimazole/betamethasone/menthol/zinc oxide/petrolatum,wht)	Nivel 2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	Nivel 1	
DELIBON TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 2	
DERMACINRX THERAZOLE PAK TOPICAL COMBO PACK 1-0.05-20 % (clotrimazole/betamethasone dipropionate/zinc oxide)	Nivel 2	
DERMAZENE TOPICAL CREAM IN PACKET 1-1 % (hydrocortisone/iodoquinol)	Nivel 2	
DIONARIS TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 2	
DIVENDO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 2	
HAXCHLO TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate)	Nivel 2	
HAXCHLODREX TOPICAL SHAMPOO 0.77-0.05-3 % (ciclopirox olamine/clobetasol propionate/salicylic acid)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream 1-1 %</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHEYO TOPICAL CREAM 2-2.5 % (ketoconazole/hydrocortisone)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones De Antibacteriales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
NEO-SYNALAR KIT TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetone/emollient comb no.65)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
NEO-SYNALAR TOPICAL CREAM 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % (neomycin sulfate/fluocinolone acetone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Fluocinolone Acetonide (cream, oil, ointment or solution) within the past 120 days
Dermatológico - Combinaciones De Antivirales-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
XERESE TOPICAL CREAM 5-1 % (acyclovir/hydrocortisone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days; QL (10 GM per 365 days)
Dermatológico - Combinaciones De Despigmentación - Drugs For The Skin		
KATARAXAP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KATARVIA TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KATARYA TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KATARYAXN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KEIDO TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 2	
KETARYA TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KEVARAXAP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
KEVARTIA TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KEVARYA TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KEYA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 2	
KOTARAXAP TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
KUTAR TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KUTARVIA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
KUTARYAXM TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KUTARYAXMPA TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUVARYA TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
KUVARYE TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MAVILO HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
MAVILO LP TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
MAVILO TOPICAL EMULSION 5-0.025-0.025 % (hydroquinone/tretinoin/triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
MECORIX HP TOPICAL EMULSION 8-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MECORIX PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MECORIX TOPICAL EMULSION 8-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MEDORFA PLUS TOPICAL EMULSION 6-1 % (hydroquinone/hyaluronate sodium)	Nivel 2	
MEKAM HP TOPICAL EMULSION 6-0.05-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MEKAM TOPICAL EMULSION 6-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MELIDU TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MELONDIS PLUS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MELONDIS TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIMORA TOPICAL EMULSION 6-0.5 % (hydroquinone/hydrocortisone)	Nivel 2	
MOKURA LP TOPICAL EMULSION 4-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOKURA MOD TOPICAL EMULSION 6-0.05 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOKURA PLUS TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOKURA TOPICAL EMULSION 8-0.025 % (hydroquinone/tretinoin)	Nivel 2	
MOLEXI TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MYTHIUS TOPICAL EMULSION 8-0.05-1 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
MYVORI TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 2	
OBAGI NU-DERM SUNFADER TOPICAL CREAM 4 %-SPF 15 (hydroquinone/sunscreens (oxybenzone/octinoxate))	Nivel 2	
OBAGI-C CLARIFYING SERUM TOPICAL LIQUID 4-10 % (hydroquinone/ascorbic acid)	Nivel 2	
OBAGI-C THERAPY NIGHT TOPICAL CREAM 4 % (hydroquinone/ascorbic acid/vit E acetate (d-alpha tocoph))	Nivel 2	
PROOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (lactic acid/niacinamide)	Nivel 2	
TRI-LUMA TOPICAL CREAM 0.01-4-0.05 % (fluocinolone acetonide/tretinoin/hydroquinone)	Nivel 2	
YAXATARXYN TOPICAL EMULSION 4-0.025-0.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
YOKATAR TOPICAL EMULSION 4-0.025-2.5 % (hydroquinone/tretinoin/hydrocortisone)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones De Gas De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ACCUCAINE KIT KIT 10 MG/ML (1 %) (lidocaine HCl/PF/norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
CRYODOSE TA MEDIUM STREAM SPR TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
CRYODOSE TA MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
HURRI-FREEZE TOPICAL AEROSOL,SPRAY (vapocoolant device)	Nivel 2	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
PAIN EASE MIST SPRAY TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
SPRAY AND STRETCH TOPICAL AEROSOL,SPRAY (norflurane/pentafluoropropane (HFC 245fa))	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones De Glucocorticoide Otros - Drugs For The Skin		
ACIOXIA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 2	
CHLOHUX TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHLOOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
CHLOOXIA TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
CHLOOXIA TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DIOCHLOY TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 2	
DIVINIX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DIVINIX TOPICAL OINTMENT 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DIVINIX TOPICAL SOLUTION 0.05-4 % (clobetasol propionate/niacinamide)	Nivel 2	
DOMELA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 2	
DYNOMA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 2	
FLUOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (desoximetasone/niacinamide)	Nivel 2	
ILEXOR TOPICAL SHAMPOO 0.05-2 % (clobetasol propionate/levocetirizine dihydrochloride)	Nivel 2	
PLENURA TOPICAL SOLUTION 0.05-0.005 % (clobetasol propionate/calcipotriene)	Nivel 2	
TELIORA TOPICAL GEL 0.1-0.5 % (triamcinolone acetonide/pentoxifylline)	Nivel 2	
TETOXIA TOPICAL CREAM 0.01-4 % (fluocinolone acetonide/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones De Protectores - Drugs For The Skin		
JUVAZIN TOPICAL GEL (dimethicone/dimethicone crosspolymer/trimethylsiloxysilicate)	Nivel 2	
NEW SKIN BOTANICALS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.7)	Nivel 2	
NEW SKIN KIDS TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.9)	Nivel 2	
NEW SKIN SENSITIVE TOPICAL FILM FORMING LIQUID W/APPL (protectives combination no.8)	Nivel 2	
PR CREAM TOPICAL CREAM (protectives combination no.2/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 1	
PROSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 2	
RADIAPLEXRX TOPICAL GEL (hyaluronate sodium/allantoin/aloe vera extract)	Nivel 2	
RECEDO TOPICAL GEL (polydimethylsiloxanes/silicon dioxide)	Nivel 2	
SCARSILK GEL TOPICAL GEL (protectives combination no.6)	Nivel 2	
SCARTRATE TOPICAL CREAM 5-2.25 % (dimethicone/allantoin)	Nivel 2	
WOUNDGELHA MATRIX TOPICAL GEL 2.5 % (hyaluronate sodium/hydroxyethylcellulose/polyethylene glycol)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Combinaciones Emolientes Otros - Drugs For The Skin		
ADVANCED SKIN CARE TOPICAL LOTION (glycerin/mineral oil/dimethicone/petrolatum,white)	Nivel 1	
HPR PLUS HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 1	
HPR PLUS-MB HYDROGEL TOPICAL COMBO PACK, GEL AND FOAM 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 1	
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE) TOPICAL KIT, CREAM AND GEL (emol53/sod mag fluorosilicat/cyclomethicone/phos acid/bicarb)	Nivel 1	
MB HYDROGEL TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 96.53-3-0.4 -0.066 % (emol53/e.water/NaMgFS/NaPhos/NaCl/hypochlorous acid/NahypoCl)	Nivel 1	
Dermatológico - Combinaciones Glucocorticoide-Emolientes - Drugs For The Skin		
BESER KIT TOPICAL KIT, LOTION AND CREAM, EMOLLIENT 0.05 % (fluticasone propionate/emollient combination no.65)	Nivel 2	
ELLZIA PAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND CREAM 0.1-5 % (triamcinolone acetone/dimethicone)	Nivel 1	
FLUOPAR TOPICAL KIT 0.1-5 % (fluocinonide/dimethicone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOXIPAK TOPICAL KIT 0.01-20 % (fluocinolone acetate/urea/silicone, adhesive)	Nivel 2	
NUCORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone acetate/aloe vera)	Nivel 2	
QUINIXIL TOPICAL CREAM 0.1-5 % (mometasone furoate/dimethicone)	Nivel 2	
SANADERMRX TOPICAL KIT 0.1-5 % (triamcinolone acetate/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 1	QL (1 EA per 30 days)
SYNALAR CREAM KIT TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetate/emollient combination no.65)	Nivel 2	QL (375 GM per 30 days)
SYNALAR OINTMENT KIT TOPICAL COMBO PACK, OINTMENT AND CREAM 0.025 % (fluocinolone acetate/emollient combination no.65)	Nivel 2	QL (375 GM per 30 days)
TOVET KIT TOPICAL COMBO PACK 0.05 % (clobetasol propionate/emollient combination no.65)	Nivel 2	
WHYTEDESK TDPK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetate/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 2	
WHYTEDESK TRILASIL PAK TOPICAL KIT 0.1-2 % (triamcinolone acetate/dimethicone/silicone, adhesive)	Nivel 2	
Dermatológico - Combinaciones Querotólicas Otros - Drugs For The Skin		
METDRAY TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 2	
NENDRUX TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 2	
PRONAL TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 2	
URAMAXIN GT TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 45 % (urea/emollient combination no.65)	Nivel 2	
WAYZEN TOPICAL GEL 40-5 % (salicylic acid/lidocaine)	Nivel 2	
WELERIS TOPICAL GEL 17-2 % (salicylic acid/ibuprofen)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
XIRUN TOPICAL GEL 10-40 % (lactic acid/urea)	Nivel 2	
Dermatológico - Emolientes - Drugs For The Skin		
AMLACTION TOPICAL LOTION 12 % (ammonium lactate)	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1	
<i>glycerin topical liquid</i>	Nivel 1	
<i>glycerin topical solution 99.5 %</i>	Nivel 1	
KERASTAT TOPICAL CREAM (keratin)	Nivel 2	
KERASTAT TOPICAL GEL 5 % (keratin)	Nivel 2	
LANOLIN (HPA) TOPICAL CREAM 100 % (modified lanolin)	Nivel 2	
RADIAGEL TOPICAL GEL (emollient base)	Nivel 2	
<i>urea topical cream 10 %, 20 %</i>	Nivel 1	
<i>urea topical lotion 10 %</i>	Nivel 1	
<i>vitamin e (dl, acetate) topical oil</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Enzimas - Drugs For The Skin		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM (collagenase Clostridium histolyticum)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Ésteres Tópicos De Anestesia Local - Drugs For The Skin		
ANACAINE TOPICAL OINTMENT 10 % (benzocaine)	Nivel 2	
Dermatológico - Glucocorticoide - Drugs For The Skin		
ADVANCED ALLERGY COLLECT KIT TOPICAL KIT 2.5 % (hydrocortisone)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone (Ala-Cort Topical Cream 1 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Ala-Scalp Topical Lotion 2 %)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.1% ointment, Fluticasone 0.005% ointment, Mometasone 0.1% ointment, or Triamcinolone 0.5% ointment or cream within the past 120 days
<i>amcinonide topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
hydrocortisone (Anusol-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 2	
diflorasone diacetate/emollient base (Apexicon E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
fluticasone propionate (Beser Topical Lotion 0.05 %)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
BRYHALI TOPICAL LOTION 0.01 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (400 GM per 1 FILL)
CAPEX TOPICAL SHAMPOO 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clobetasol topical cream 0.025 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical spray,non-aerosol 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	
CLOBEX TOPICAL LOTION 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
CLOBEX TOPICAL SHAMPOO 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
CLOBEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clocortolone pivalate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
clobetasol propionate (Clodan Topical Shampoo 0.05 %)	Nivel 2	
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE 4 MCG/CM2 (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (2 EA per 30 days)
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.025 % (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CORDRAN TOPICAL CREAM 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
CORDRAN TOPICAL LOTION 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 2	
CORDRAN TOPICAL OINTMENT 0.05 % (flurandrenolide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL TOPICAL OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL SCALP OIL 0.01 % (fluocinolone acetonide/shower cap)	Nivel 2	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
DESOWEN TOPICAL CREAM 0.05 % (desonide)	Nivel 2	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical spray, non-aerosol 0.25 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diflorasone topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
DIPROLENE (AUGMENTED) TOPICAL OINTMENT 0.05 % (betamethasone dipropionate/propylene glycol)	Nivel 2	
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical solution 0.01 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	Nivel 1	
fluocinonide/emollient base (Fluocinonide-E Topical Cream 0.05 %)	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
FLUOVIX PLUS TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 2	
FLUOVIX TOPICAL KIT 0.1 % (fluocinonide/silicone, adhesive)	Nivel 2	
<i>flurandrenolide topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>flurandrenolide topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>flurandrenolide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days; QL (180 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1	
<i>halcinonide topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halcinonide topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>halobetasol propionate topical foam 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Halobetasol cream/ointment or Clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	
HALOG TOPICAL CREAM 0.1 % (halcinonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
HALOG TOPICAL OINTMENT 0.1 % (halcinonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HALOG TOPICAL SOLUTION 0.1 % (halcinonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days
<i>hydrocortisone acetate topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical solution 2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
HYDROXYM TOPICAL GEL 2 % (hydrocortisone)	Nivel 2	
IMPOYZ TOPICAL CREAM 0.025 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone 0.05% (ointment, augmented cream), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide 0.05% (gel, ointment, solution, cream) within the past 120 days; QL (200 GM per 30 days)
KENALOG TOPICAL AEROSOL 0.147 MG/GRAM (triamcinolone acetonide)	Nivel 2	
halobetasol propionate (Lexette Topical Foam 0.05 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic halobetasol cream/ointment or clobetasol foam within the past 120 days; QL (100 GM per 1 FILL)
LOCOID LIPOCREAM TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone butyrate/emollient base)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOCOID TOPICAL LOTION 0.1 % (hydrocortisone butyrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (236 ML per 30 days)
LUXIQ TOPICAL FOAM 0.12 % (betamethasone valerate)	Nivel 2	
MICORT-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 % (hydrocortisone acetate)	Nivel 1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	
OLUX TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate)	Nivel 2	
OLUX-E TOPICAL FOAM 0.05 % (clobetasol propionate/emollient base)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PANDEL TOPICAL CREAM 0.1 % (hydrocortisone probutate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone (0.05% lotion, 0.1% cream), Desonide 0.05% ointment, Fluticasone 0.05% cream, Hydrocortisone 0.2% cream, or Triamcinolone (0.1% lotion, 0.025% ointment) within the past 120 days; QL (160 GM per 30 days)
<i>prednicarbate topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctocort Topical Cream 1 %)	Nivel 2	
hydrocortisone (Procto-Med Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
hydrocortisone (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator 2.5 %)	Nivel 1	
SCALACORT DK TOPICAL COMBO PACK 2-2-2 % (hydrocortisone/salicylic acid/sulfur/shampoo no.1)	Nivel 2	
SCALACORT TOPICAL LOTION 2 % (hydrocortisone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SERNIVO TOPICAL SPRAY WITH PUMP 0.05 % (betamethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mometasone 0.1% cream/solution or Triamcinolone 0.1 % cream/ointment within the past 120 days
SYNALAR TOPICAL CREAM 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
SYNALAR TOPICAL OINTMENT 0.025 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
SYNALAR TOPICAL SOLUTION 0.01 % (fluocinolone acetonide)	Nivel 2	
hydrocortisone (Texacort Topical Solution 2.5 %)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone 2.5% lotion within the past 120 days
desoximetasone (Topicort Topical Cream 0.05 %, 0.25 %)	Nivel 2	
TOPICORT TOPICAL GEL 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 2	
TOPICORT TOPICAL OINTMENT 0.05 % (desoximetasone)	Nivel 2	
desoximetasone (Topicort Topical Ointment 0.25 %)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOPICORT TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.25 % (desoximetasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented 0.05% (cream, gel, lotion, ointment), Clobetasol (except foam/shampoo), Desoximetasone (cream, gel, ointment), Fluocinonide (cream, gel), or Halobetasol (cream, ointment) within the past 120 days
clobetasol propionate/emollient base (Tovet Emollient Topical Foam 0.05 %)	Nivel 2	
<i>triamcinolone acetonide topical aerosol 0.147 mg/gram</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (430 GM per 30 days)
triamcinolone acetonide (Trianex Topical Ointment 0.05 %)	Nivel 1	QL (430 GM per 30 days)
TRIASIL TOPICAL KIT 0.1 %- 4" X 4" (triamcinolone acetonide/gauze bandage/silicone, adhesive)	Nivel 2	
triamcinolone acetonide (Triderm Topical Cream 0.5 %)	Nivel 1	QL (454 GM per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRAVATE TOPICAL LOTION 0.05 % (halobetasol propionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Betamethasone augmented (ointment, gel, lotion), Clobetasol (spray, lotion, gel, ointment, cream, solution), Fluocinonide 0.1% cream, Halobetasol 0.05% (cream, ointment) within the past 120 days; QL (120 ML per 30 days)
VANOS TOPICAL CREAM 0.1 % (fluocinonide)	Nivel 2	
VERDESO TOPICAL FOAM 0.05 % (desonide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Fluocinolone Acetonide 0.01% body oil within the past 120 days
Dermatológico - Inhibidores De Calcineurina - Drugs For The Skin		
ELIDEL TOPICAL CREAM 1 % (pimecrolimus)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELYZIA (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ELYZIA TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 2	
HOVYN TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 2	
NUJO TOPICAL SOLUTION 0.1 % (tacrolimus)	Nivel 2	
NUJU TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 2	
OXIANUJO (WITH HYALURONATE) TOPICAL CREAM 0.1-1-4 % (tacrolimus/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
OXIANUJO TOPICAL OINTMENT 0.1-4 % (tacrolimus/niacinamide)	Nivel 2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clobetasol (cream or ointment), Hydrocortisone (1% or 2.5% cream or ointment), generic Mometasone (cream or ointment), or Triamcinolone (0.1% or 0.5% cream or ointment) within the past 120 days
VEVEN TOPICAL CREAM 0.1 % (tacrolimus in vehicle base no.238)	Nivel 2	
Dermatológico - Inmunomodulador - Catiquinas - Verruga Genital/Hpv Tx - Drugs For The Skin		
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 % (sinecatechins)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Imiquimod 5% cream packets and Podofilox 0.5% solution within the past 365 days; QL (30 GM per 1 FILL)
Dermatológico - Inmunomodulador - Interferones - Drugs For The Skin		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5 MILLION UNIT/ML (interferon alfa-n3)	Nivel 3	
Dermatológico - Macrólidos De Poliénico Anfotérico Antifúngico - Drugs For The Skin		
nystatin (Klayesta Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
nystatin (Nyamyc Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	QL (90 GM per 1 FILL)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
nystatin (Nystop Topical Powder 100,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
Dermatológico - Mezclas De Emolientes - Drugs For The Skin		
ATRAPRO CP TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL (emollient combination no.47/emollient combination no.60)	Nivel 2	
ATRAPRO HYDROGEL TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 2	
AVO CREAM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 1	
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 2	
CERACADE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.103)	Nivel 2	
CERAMAX TOPICAL CREAM (emollient combination no.101)	Nivel 2	
CERAMAX TOPICAL LOTION (emollient combination no.101)	Nivel 2	
COCOA BUTTER FORMULA - VIT E TOPICAL LIQUID (emollient combination no.123)	Nivel 2	
CUTEMOL EMOLLIENT TOPICAL CREAM (emollient combination no.125)	Nivel 2	
DERMASO PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.122)	Nivel 2	
DEXERYL TOPICAL CREAM (emollient combination no.104)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DRY SKIN THERAPY(WITH LANOLIN) TOPICAL LOTION (lanolin/mineral oil)	Nivel 1	
DRY SKIN THERAPY(W-PETROLATUM) TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 1	
EMULSION SB TOPICAL EMULSION (emollient combination no.32)	Nivel 1	
ENTTY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (palm oil/hyaluronate sodium)	Nivel 2	
EPICERAM TOPICAL EMULSION, EXTENDED RELEASE (emollient combination no.32)	Nivel 2	PA
EUCERIN ADVANCED REPAIR TOPICAL CREAM (emollient combination no.119)	Nivel 2	
EUCERIN INTENSIVE REPAIR TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 2	
GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT TOPICAL CREAM (emollient combination no.120)	Nivel 2	
HALUCORT TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 2	
HAPRODERM TOPICAL GEL (emollient combination no.56/hyaluronic acid)	Nivel 2	
HPR PLUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.53)	Nivel 2	
HPR PLUS TOPICAL FOAM (emollient combination no.53)	Nivel 2	
HPR TOPICAL FOAM (emollient combination no.44)	Nivel 2	
HYGIENIC CLEANSING LOTION TOPICAL LOTION (mineral oil/lanolin oil/propylene glycol)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTENSE DRY SKIN THERAPY TOPICAL LOTION (emollient combination no.110)	Nivel 1	
LEVICYN ANTIPRURITIC SG TOPICAL SPRAY GEL (emollient combination no.60)	Nivel 2	
LOUTREX TOPICAL CREAM (emollient combination no.85)	Nivel 1	
LOYON TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (dicaprylyl carbonate/dimethicone)	Nivel 2	
LUXAMEND TOPICAL CREAM (emollient combination no.10)	Nivel 2	
MICURADERM TOPICAL EMULSION (emollient combination no.43)	Nivel 2	
MINERIN CREME TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum, white/ceresin)	Nivel 1	
MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (glycerin/dimethicone/petrolatum, white/water)	Nivel 1	
MOITURIZING LOTION TOPICAL LOTION (vit E acetate (d-alpha tocoph)/glycerin/dimethicone/water)	Nivel 1	
NEOSALUS TOPICAL CREAM (emollient combination no.47)	Nivel 2	
NEOSALUS TOPICAL LOTION (emollient combination no.47)	Nivel 2	
NUTRASEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.107)	Nivel 2	
ORGANIC NIPPLE BALM TOPICAL OINTMENT (sunflower/olive/beeswax/coconut/shear butter/marigold/argan)	Nivel 1	
PRESERA TOPICAL FOAM (emollient combination no.80)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROMISEB TOPICAL CREAM (emollient combination no.43)	Nivel 2	
PRUCLAIR TOPICAL CREAM (vitamin E acet (dl,tocopheryl)/grape/hyaluronic acid)	Nivel 1	
PRUMYX TOPICAL CREAM (emollient combination no.35)	Nivel 1	
SEBUDERM TOPICAL GEL (emollient combination no.60)	Nivel 2	
SKIN THERAPY TOPICAL LIQUID (emollient combination no.41)	Nivel 1	
SONAFINE TOPICAL EMULSION (emollient combination no.10)	Nivel 1	
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM TOPICAL CREAM (lanolin alcohols/mineral oil/petrolatum,white/ceresin)	Nivel 1	
ULTRA MOISTURE TOPICAL LOTION (emollient combination no.40)	Nivel 1	
<i>vitamin e-safflower oil topical oil</i>	Nivel 1	
<i>vitamin e-vitamins a and d topical cream</i>	Nivel 1	
XCLAIR TOPICAL CREAM (hyaluronate sodium/vit E/emollient no.12/allantoin/shear tree)	Nivel 2	
Dermatológico - Oxaborole Antifúngica - Drugs For The Skin		
<i>tavaborole topical solution with applicator 5 %</i>	Nivel 1	PA
Dermatológico - Productos De Quemaduras - Drugs For The Skin		
NEXOBRID TOPICAL GEL 8.8 % (anacaulase-bcdb)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatológico - Productos De Quemaduras Antiinfecciosos - Drugs For The Skin		
<i>mafenide acetate topical packet 50 gram</i>	Nivel 1	
SILVADENE TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
SSD TOPICAL CREAM 1 % (silver sulfadiazine)	Nivel 1	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G (mafenide acetate)	Nivel 2	
SULFAMYLON TOPICAL PACKET 50 GRAM (mafenide acetate)	Nivel 2	
Dermatológico - Productos Querotoplásticos De Alquitrán - Drugs For The Skin		
<i>coal tar topical solution 20 %</i>	Nivel 2	
Dermatológico - Protectores - Drugs For The Skin		
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 2	
DERMELLE TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	
DERPIXA TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	
PHARMABASE BARRIER TOPICAL OINTMENT 9.38 % (zinc oxide)	Nivel 1	
SAFRYCYN TOPICAL CREAM 0.2 % (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad,silicone-dimethicone-dime-decameoct-oct-vit E)	Nivel 2	
STRATAMARK TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	
STRATATRIZ TOPICAL GEL (dimethicone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VASELINE WHITE PETROLEUM TOPICAL OINTMENT IN PACKET (petrolatum,white)	Nivel 1	
<i>zinc oxide topical ointment 20 %</i>	Nivel 1	
<i>zinc oxide topical paste 25 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Protectores Solares - Drugs For The Skin		
CERAVE AM TOPICAL LOTION 30 SPF (homosalate/meradimate/octinoxate/octocrylene/zinc oxide)	Nivel 2	
Dermatológico - Quinolonas Antibacteriales - Drugs For The Skin		
XEPI TOPICAL CREAM 1 % (ozenoxacin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days
Dermatológico - Repelentes De Insectos - Drugs For The Skin		
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
CUTTER ALL FAMILY TOPICAL TOWELETTE 7.15 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
CUTTER BACKWOODS DRY TOPICAL AEROSOL,SPRAY 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 1	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL AEROSOL,SPRAY 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
CUTTER SKINSATIONS TOPICAL SPRAY,NON-AEROSOL 7 % (diethyltoluamide)	Nivel 1	
OFF ACTIVE TOPICAL AEROSOL,SPRAY 15 % (diethyltoluamide)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OFF DEEP WOODS TOPICAL TOWELETTE 25 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
REPEL SPORTSMEN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 29 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
REPEL TOPICAL TOWELETTE 30 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
SAWYER CONTROLLED RELEASE TOPICAL LOTION, EXTENDED RELEASE 20 % (diethyltoluamide)	Nivel 2	
Dermatológico - Retinoides (Vitamina A Y Derivados) - Tópico Cosmético - Drugs For The Skin		
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
Dermatológico - Terapia Rosácea, Tópica - Drugs For The Skin		
AVEIDA TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 2	
AVEIDAOXIA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BAXONIL TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 2	
<i>brimonidine topical gel with pump 0.33 %</i>	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
DAZAVEIDAOXIA TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
DAZOMON TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
EPSOLAY TOPICAL CREAM 5 % (benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days); Age (Min 18 Years)
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
IDARAN TOPICAL OINTMENT 1-2 % (metronidazole/mupirocin)	Nivel 2	
<i>ivermectin topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
METROCREAM TOPICAL CREAM 0.75 % (metronidazole)	Nivel 2	
METROGEL TOPICAL GEL 1 % (metronidazole)	Nivel 2	
METROLOTION TOPICAL LOTION 0.75 % (metronidazole)	Nivel 2	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump 1 %</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MIRVASO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.33 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
NORITATE TOPICAL CREAM 1 % (metronidazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Metronidazole 0.75% gel, lotion, or cream within the past 120 days
REMYDA TOPICAL GEL 0.25 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
RESTIMO TOPICAL GEL 1-1 % (ivermectin/metronidazole)	Nivel 2	
RHOFADE TOPICAL CREAM 1 % (oxymetazoline HCl)	Nivel 2	
metronidazole (Rosadan Topical Cream 0.75 %)	Nivel 1	
metronidazole (Rosadan Topical Gel 0.75 %)	Nivel 2	
ROSDAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND GEL 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 2	
ROSDAN TOPICAL KIT, CLEANSER AND CREAM 0.75 % (metronidazole/skin cleanser combination no.23)	Nivel 2	
ROSITARA TOPICAL GEL 1-1-4 % (ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
ROVIS TOPICAL GEL 0.25-1-1-4 % (brimonidine tartrate/ivermectin/metronidazole/niacinamide)	Nivel 2	
SOOLANTRA TOPICAL CREAM 1 % (ivermectin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Finacea gel or foam within the past 120 days
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ZILXI TOPICAL FOAM 1.5 % (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic topical Metronidazole within the past 120 days; QL (30 GM per 30 days)
Dermatológico - Tópicos De Anestesia Local Otros - Drugs For The Skin		
DYCLOPRO TOPICAL SOLUTION 0.5 % (dyclonine HCl)	Nivel 1	
PRAKETAMIDE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 5 % (ketamine HCl)	Nivel 2	
Dermatológico - Triazole Antifúngico - Drugs For The Skin		
JUBLIA TOPICAL SOLUTION WITH APPLICATOR 10 % (efinaconazole)	Nivel 2	PA
Dermatológico - Varias Combinaciones - Drugs For The Skin		
KEFUNOVA TOPICAL CREAM 5-0.005 % (fluorouracil/calcipotriene)	Nivel 2	
Dermatológico - Varios Agentes Individuales - Drugs For The Skin		
MUSCUSOLICE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 2 %, 5 % (baclofen)	Nivel 2	
NEURAPTINE TOPICAL CREAM, METERED-DOSE APPLICATOR 10 % (gabapentin)	Nivel 2	
Dietary Product - Infant Formulas - Drugs For The Skin		
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % (alitretinoin)	Nivel 3	QL (60 GM per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dietary Product - Sweeteners - Drugs For The Skin		
ANALPRAM-HC TOPICAL LOTION 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
EPIFOAM TOPICAL FOAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.35-1 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-pramoxine topical cream 2.5-1 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl-hydrocortison ac topical cream 3-0.5 %</i>	Nivel 1	
NOVACORT TOPICAL GEL WITH PERINEAL APPLICATOR 2-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL CREAM 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL LOTION 1-1 %, 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 1-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Hydrocortisone/Pramoxine 2.5%-1% cream within the past 120 days
PRAMOSONE TOPICAL OINTMENT 2.5-1 % (hydrocortisone acetate/pramoxine HCl)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dietary Products - Drugs For The Skin		
CARAC TOPICAL CREAM 0.5 % (fluorouracil)	Nivel 2	PA
EFUDEX TOPICAL CREAM 5 % (fluorouracil)	Nivel 2	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	Nivel 1	PA
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1	
TOLAK TOPICAL CREAM 4 % (fluorouracil)	Nivel 2	
Erythropoietins - Drugs For The Skin		
<i>imiquimod topical cream in metered-dose pump 3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>imiquimod topical cream in packet 3.75 %</i>	Nivel 1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
ZYCLARA TOPICAL CREAM IN METERED-DOSE PUMP 2.5 % (imiquimod)	Nivel 2	
Factor Viii Preparations (Ahf) - Drugs For The Skin		
ACUICYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 2	
AVENOVA TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.01 % (hypochlorous acid/sodium chloride)	Nivel 2	
CLEANSING EYELID MOIST PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.8)	Nivel 1	
CLEANSING EYELID WIPES EXT STR TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.10)	Nivel 1	
EYELID WIPES (WITH CHAMOMILE) TOPICAL TOWELETTE (eyelid cleanser combination no.6)	Nivel 2	
OCUSOFT LID SCRUB ALLERGY TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.13)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL FOAM (eyelid cleanser combination no.11)	Nivel 2	
VISTA MEIBO EYELID CLEANSING TOPICAL PADS, MEDICATED (eyelid cleanser combination no.12)	Nivel 2	
Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-CSf) - Drugs For The Skin		
DERMACINRX PHN PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5 % (lidocaine/emollient combination no.102)	Nivel 2	
DERMACINRX ZRM PAK TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-5 % (lidocaine/dimethicone)	Nivel 2	
PRILO PATCH TOPICAL KIT, PATCH, MEDICATED, CREAM 5-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
Hematopoietic Agents - Drugs For The Skin		
<i>ceramides 1,3,6-ii topical cream</i>	Nivel 1	
CERAVE DAILY MOISTURIZING TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
CERAVE FOAMING FACIAL TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II/niacinamide)	Nivel 2	
CERAVE PM TOPICAL LOTION,EXTENDED RELEASE (ceramides 1,3,6-II/niacinamide/hyaluronic acid)	Nivel 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CLEANSER (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 2	
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE) TOPICAL CREAM (ceramides (1,3,6-II)/salicylic acid/niacinamide)	Nivel 2	
CERAVE SA TOPICAL LOTION (salicylic acid/ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
CERAVE TOPICAL CLEANSER (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CERAVE TOPICAL CREAM (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 2	
MOISTURIZING NORMAL-DRY SKIN TOPICAL LOTION (ceramides 1,3,6-II)	Nivel 1	
Hemostatics - Systemic - Drugs For The Skin		
CETAPHIL GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.42)	Nivel 2	
GENTLE SKIN CLEANSER TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.43)	Nivel 1	
GENTLE SKIN CLEANSER(WITH SLS) TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.10)	Nivel 1	
TECNU TOPICAL CLEANSER (skin cleanser combination no.41)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Female Condoms - Drugs For The Skin		
<i>doxycycline monohydrate oral capsule,ir - delay rel,biphase 40 mg</i>	Nivel 1	
EMROSI ORAL CAPSULE,IR -EXTEND REL,BIPHASE 40 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	
ORACEA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 40 MG (doxycycline monohydrate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Hot And Cold Combination Therapy Aids - Drugs For The Skin		
<i>minocycline oral capsule,extended release 24hr 135 mg, 45 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr 105 mg, 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
SEYSARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 60 MG (sarecycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Doxycycline or Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 9 Years)
XIMINO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 135 MG, 45 MG, 90 MG (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Minocycline IR within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Medical Supplies And Dme - Irrigation Supplies - Drugs For The Skin		
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
<i>calcipotriene-betamethasone topical suspension 0.005-0.064 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	
TACLONEX TOPICAL SUSPENSION 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a topical corticosteroid within the past 120 days
WYNZORA TOPICAL CREAM 0.005-0.064 % (calcipotriene/betamethasone dipropionate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Taclonex ointment within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Electrolytes And Invert Sugar - Drugs For The Skin		
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (170 GM per 1 FILL)
ECOZA TOPICAL FOAM 1 % (econazole nitrate)	Nivel 2	
ERTACZO TOPICAL CREAM 2 % (sertaconazole nitrate)	Nivel 2	
EXELDERM TOPICAL CREAM 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXELDERM TOPICAL SOLUTION 1 % (sulconazole nitrate)	Nivel 2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1	QL (360 ML per 1 FILL)
KETODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 2 % (ketoconazole/skin cleanser combination no.28)	Nivel 2	
ketoconazole (Ketodan Topical Foam 2 %)	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
<i>luliconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
LUZU TOPICAL CREAM 1 % (luliconazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Ketoconazole and Clotrimazole cream within the past 365 days; QL (60 GM per 28 days)
<i>miconazole nitrate-zinc ox-pet topical ointment 0.25-15-81.35 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxiconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
OXISTAT TOPICAL LOTION 1 % (oxiconazole nitrate)	Nivel 2	
<i>sulconazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>sulconazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1	
VUSION TOPICAL OINTMENT 0.25-15-81.35 % (miconazole nitrate/zinc oxide/petrolatum, white)	Nivel 2	
XOLEGEL TOPICAL GEL 2 % (ketoconazole)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Ketoconazole 2% cream/shampoo within the past 120 days
Minerals And Electrolytes - Iron Combinations - Drugs For The Skin		
SALVAX DUO PLUS TOPICAL FOAM 6-35 % (salicylic acid/urea)	Nivel 2	
<i>silver nitrate applicators topical stick 75-25 %</i>	Nivel 1	
Minerals And Electrolytes - Oral Electrolytes - Drugs For The Skin		
CHEST RUB (WITH PINE OIL) TOPICAL OINTMENT (eucalyptus oil/lavender oil/pine needle oil/beeswax)	Nivel 2	
Minerals And Electrolytes - Trace Minerals - Drugs For The Skin		
ABENOR HP TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ABENOR TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACIOXIAY TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 2	
ACZONE TOPICAL GEL 5 % (dapsone)	Nivel 2	
ACZONE TOPICAL GEL WITH PUMP 7.5 % (dapsone)	Nivel 2	
AMZEEQ TOPICAL FOAM 4 % (minocycline HCl)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for generic topicals: Adapalene/Benzoyl Peroxide, Clindamycin Phosphate/Benzoyl Peroxide, Erythromycin/Benzoyl Peroxide, Sulfacetamide Sodium/Sulfur, or Tretinoin within the past 365 days; Age (Min 9 Years)
APORIX TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 2	
<i>azelaic acid topical gel 15 %</i>	Nivel 1	
AZELEX TOPICAL CREAM 20 % (azelaic acid)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one generic topicals: sulfacetamide+/- sulfur, clindamycin+/- benzoyl peroxide, erythromycin+/- benzoyl peroxide, adapalene+/- benzoyl peroxide, or tretinoin within the past 120 days
CLEOCIN T TOPICAL LOTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEOCIN T TOPICAL SOLUTION 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	QL (180 ML per 1 FILL)
clindamycin phosphate (Clindacin Etz Topical Swab 1 %)	Nivel 2	
clindamycin phosphate (Clindacin P Topical Swab 1 %)	Nivel 2	
clindamycin phosphate (Clindacin Topical Foam 1 %)	Nivel 2	
CLINDAGEL TOPICAL GEL, ONCE DAILY 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clindamycin Phosphate 1% gel within the past 120 days
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel 7.5 %</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel with pump 7.5 %</i>	Nivel 1	
DEOXIA TOPICAL GEL 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 2	
ECEOXIA TOPICAL CREAM 10-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
erythromycin base in ethanol (Ery Pads Topical Swab 2 %)	Nivel 1	
ERYGEL TOPICAL GEL 2 % (erythromycin base in ethanol)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)
EVOCLIN TOPICAL FOAM 1 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	
FINACEA TOPICAL FOAM 15 % (azelaic acid)	Nivel 2	
KLARON TOPICAL SUSPENSION 10 % (sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
OXIAICE TOPICAL LOTION 15-4 % (sulfacetamide sodium/niacinamide)	Nivel 2	
RUMILO TOPICAL CREAM 15-4 % (azelaic acid/niacinamide)	Nivel 2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1	
Nutritional Product - Lipids - Drugs For The Skin		
CAPSFENAC PAK TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 2	
CAPSINAC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DERMACINRX LEXITRAL TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOFEX DC TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOGEN TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 2	
DICLOPR TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1-30-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DICLOSAICIN TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOTRAL TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
DICLOTREX TOPICAL KIT 1.5-10-4 % (diclofenac sodium/menthol/camphor)	Nivel 2	
DIMENTHO TOPICAL KIT 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol/kinesiology tape)	Nivel 2	
DITHOL TOPICAL COMBO PACK 1.5-10 % (diclofenac sodium/menthol)	Nivel 2	
FENOVAR TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
ICLOFENAC CP TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
INFLAMMA-K TOPICAL KIT, PATCH, SOLUTION DROPS 1.5-10-6-3.1 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol/camphor)	Nivel 2	
KERAXA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ORTHAPHEN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
ROAOXIA TOPICAL GEL 3-2-4 % (diclofenac sodium/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
SURE RESULT DSS PREMIUM PACK TOPICAL COMBO PACK,SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VAROPHEN (DICLOFENAC) TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-15-10 % (diclofenac sodium/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
ZICLOCIN TOPICAL KIT, CREAM AND SOLUTION 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsaicin)	Nivel 2	
ZICLOPRO TOPICAL COMBO PACK, SOLUTION AND CREAM 1.5-0.025 % (diclofenac sodium/capsicum oleoresin)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Cream/Ointment Vehicles - Drugs For The Skin		
<i>naftifine topical cream 1 %</i>	Nivel 1	
<i>naftifine topical cream 2 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	Nivel 1	
NAFTIN TOPICAL GEL 2 % (naftifine HCl)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Placebos - Drugs For The Skin		
CICLODAN KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.28)	Nivel 2	
CICLODAN KIT TOPICAL SOLUTION 8 % (ciclopirox/urea/camphor/menthol/eucalyptol)	Nivel 2	QL (19.8 ML per 1 FILL)
ciclopirox olamine (Ciclodan Topical Cream 0.77 %)	Nivel 2	QL (180 GM per 1 FILL)
ciclopirox (Ciclodan Topical Solution 8 %)	Nivel 2	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 GM per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 1 FILL)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-euc topical solution 8 %</i>	Nivel 1	QL (19.8 ML per 1 FILL)
DAFILOR TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 2	
FILOMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
HAXDRAX TOPICAL SHAMPOO 0.77-2 % (ciclopirox olamine/salicylic acid)	Nivel 2	
HIXDEFRIMA TOPICAL SOLUTION 8-1-1 % (ciclopirox olamine/fluconazole/terbinafine HCl)	Nivel 2	
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL CREAM 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 2	QL (180 GM per 1 FILL)
LOPROX (AS OLAMINE) TOPICAL SUSPENSION 0.77 % (ciclopirox olamine)	Nivel 2	QL (180 ML per 1 FILL)
LOPROX KIT TOPICAL COMBO PACK 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 2	
LOPROX KIT TOPICAL KIT, SUSPENSION AND CLEANSER 0.77 % (ciclopirox olamine/skin cleanser combination no.40)	Nivel 2	
Pharmaceutical Adjuvant - Surfactants - Drugs For The Skin		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT 1 % (retapamulin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Mupirocin ointment within the past 120 days
Platelet Proliferation Stimulants (Interleukins) - Drugs For The Skin		
ANODYNE LPT TOPICAL KIT 2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CETACAIN TOPICAL AEROSOL, SPRAY 2 %-2 %-14 % (200 MG/SEC) (tetracaine/benzocaine/butamben)	Nivel 2	
DOLOTRANZ TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-2.5-2.5 % (lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
ELEMAR TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
ENZNONUTY TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 2	
ILIDERM TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL (lidocaine HCl/palm oil)	Nivel 2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-prilocaine topical kit 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1	
LMR PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
MENTHO-CAINE TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-8 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
NOBELA TOPICAL OINTMENT 10-10-20 % (lidocaine/tetracaine/benzocaine)	Nivel 2	
PAINGO KFT TOPICAL CREAM 2.5-2.5-30-10 % (lidocaine/prilocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
SOLUPAK TOPICAL KIT, OINTMENT AND SPRAY 5-10-3 % (lidocaine/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
SYNTHERMA PLUS TOPICAL KIT 5-6 % (lidocaine/menthol)	Nivel 2	
WPR PLUS TOPICAL KIT, CREAM AND GEL 4-30-10 % (lidocaine HCl/methyl salicylate/menthol)	Nivel 2	
Protectores De Uñas - Drugs For The Skin		
GENADUR (WITH LEXINAL) KIT 2,500 MCG (biotin/carbitol/equisetum xt/ethanol/hydroxypropyl chito/msm)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GENADUR TOPICAL LIQUID (carbitol/equisetum ext/ethanol/hydroxypropyl chitosan/msm)	Nivel 2	
Sustituto De Piel, Vendajes De Tejido Vivo - Drugs For The Skin		
APLIGRAF TOPICAL DISK (cultured skin substitute,human and bovine)	Nivel 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa,meshed)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa Otros - Drugs For The Skin		
ADMIRAZOL HP TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
ADMIRAZOL TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapson/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
ALIXI HP TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapson/niacinamide)	Nivel 2	
ALIXI TOPICAL CREAM 6-4 % (dapson/niacinamide)	Nivel 2	
APORIX TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 2	
CLINDACIN ETZ TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINDACIN PAC TOPICAL KIT 1 % (clindamycin phosphate/skin cleanser comb no.19)	Nivel 2	
DEOXIA TOPICAL LOTION 1-4 % (clindamycin/niacinamide)	Nivel 2	
DIADIMAXIA TOPICAL CREAM 6-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DIADIMAXIA TOPICAL GEL 6-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DIAOXIA TOPICAL CREAM 6-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
DIAOXIA TOPICAL GEL 6-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL CREAM 8.5-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASDIMAXIA TOPICAL GEL 8.5-5-2 % (dapsone/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASOXIA TOPICAL CREAM 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASOXIA TOPICAL GEL 8.5-4 % (dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Queratolíticas - Drugs For The Skin		
ACANYA TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2-2.5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
APEXOL HP TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
APEXOL TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
ARTILIS HP TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ARTILIS TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 1	
AVAR LS TOPICAL CLEANSER 10-2 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
AVAR TOPICAL CLEANSER 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	QL (1419 GM per 1 FILL)
BENZAMYCIN TOPICAL GEL 3-5 % (erythromycin base/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
BP 10-1 TOPICAL CLEANSER 10-1 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
CLEANSING WASH TOPICAL CLEANSER 10-4-10 % (sulfacetamide sodium/sulfur/urea)	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1.2-2.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin/Benzoyl Peroxide gel within the past 120 days
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %, 1.2 % (1 % base) -3.75 %</i>	Nivel 1	
DRAXACE TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
DRAXACEY TOPICAL SUSPENSION 2-8 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DRIXECE TOPICAL SUSPENSION 5-10 % (salicylic acid/sulfacetamide sodium)	Nivel 2	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1	
INZDEOXIA TOPICAL GEL 2.5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
NEUAC KIT TOPICAL COMBO PACK, CREAM AND GEL 1.2-5 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide/emollient comb no.94)	Nivel 2	
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (Neuac Topical Gel 1.2 % (1 % Base) -5 %)	Nivel 1	
ONEXTON TOPICAL GEL WITH PUMP 1.2 % (1 % BASE) - 3.75 % (clindamycin phosphate/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
ONZDEOXIA TOPICAL GEL 5-1-4 % (benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
PLEXION CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
PLEXION TOPICAL CLEANSER 9.8-4.8 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
ROSULA CLEANSING CLOTHS TOPICAL PADS, MEDICATED 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
ROSULA TOPICAL CLEANSER 10-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
SSS 10-5 TOPICAL CREAM 10-5 % (W/W) (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
SSS 10-5 TOPICAL FOAM 10-5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-2 %, 9-4 %, 9-4.5 %, 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 10-5 % (w/w)</i>	Nivel 1	QL (1419 GM per 1 FILL)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser 8-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream 10-2 %, 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion 10-5 % (w/v), 10-5 % (w/w), 9.8-4.8 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated 10-4 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension 10-5 %, 8-4 %, 9-4.25 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser 10-5-10 %</i>	Nivel 1	QL (1419 ML per 1 FILL)
SULFACLEANSE 8-4 TOPICAL SUSPENSION 8-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	
SUMADAN TOPICAL CLEANSER 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
SUMADAN TOPICAL KIT 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 2	
SUMADAN XLT TOPICAL COMBO PACK, CLEANSER AND CREAM 9 %-4.5 % -SPF 25 (sulfacetamide sodium/sulfur/avobenzone/octinoxate/octyl sal)	Nivel 2	
SUMAXIN CP TOPICAL KIT 10-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur/skin cleanser comb no.23)	Nivel 2	
SUMAXIN TOPICAL CLEANSER 9-4 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 2	
ZMA CLEAR TOPICAL SUSPENSION 9-4.5 % (sulfacetamide sodium/sulfur)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Antiinfecciosa-Retinoide - Drugs For The Skin		
ADEINZDE TOPICAL GEL 0.1-2.5-1 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 2	
ADERMICA HP TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ADERMICA TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALOMIRA HP TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALOMIRA LP TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALOMIRA TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ALUXOF HP TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ALUXOF TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
AUGUSTIL TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
AVIDORA HP TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
AVIDORA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AVIDORA TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
AWANIS TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
CABTREO TOPICAL GEL 0.15-3.1-1.2 % (adapalene/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate)	Nivel 2	PA
<i>clindamycin-tretinoin topical gel 1.2-0.025 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Clindamycin gel or Tretinoin 0.025% gel within the past 120 days
DEOXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-1-2-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
DEOXIATAR TOPICAL SOLUTION 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
DEOXIATAR TOPICAL CREAM 0.05-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
DIASAXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
DIASAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-8.5-2 % (tretinoin/dapsone/niacinamide)	Nivel 2	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
INZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.05-2.5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOUNZDOMDIOXIATAR TOPICAL GEL 0.05-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ONZDEAXIADEMTAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ONZDEAXIADEMVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
ONZDEAXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ONZDEAXIAVAR TOPICAL GEL 0.05-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
ONZDEAXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-5-1-2 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
TARDEOXIA TOPICAL CREAM 0.025-1-4 % (tretinoin/clindamycin phosphate/niacinamide)	Nivel 2	
UNZDOMDIOXIAZAR TOPICAL GEL 0.1-10-2-4-4 % (tretinoin/benzoyl peroxide/clindamycin/spironolactone/niacin)	Nivel 2	
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Queratolíticas-Glucocorticoides - Drugs For The Skin		
VANOXIDE-HC TOPICAL SUSPENSION 5-0.5 % (benzoyl peroxide/hydrocortisone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Combinaciones Retinoides Otros - Drugs For The Skin		
ADAINZOXIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 2	
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump 0.1-2.5 %</i> , 0.3-2.5 %	Nivel 1	
ALURIS HP PLUS TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS LP PLUS TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS LP TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS PLUS TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
ALURIS TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
APHORIA TOPICAL GEL 0.3-2.5-4 % (adapalene/benzoyl peroxide/niacinamide)	Nivel 2	
AZALTA HP TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
AZALTA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
EPIDUO FORTE TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
EPIDUO TOPICAL GEL WITH PUMP 0.1-2.5 % (adapalene/benzoyl peroxide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IDYYXIATAR TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
OXIATAR TOPICAL CREAM 0.025-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
OXIAVARRY TOPICAL CREAM 0.05-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
OXIAVARY TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
OXIAZAR TOPICAL CREAM 0.1-0.5-4 % (tretinoin/hyaluronate sodium/niacinamide)	Nivel 2	
SAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
SIRVANA TOPICAL GEL 0.025-5 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
SORIXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
TARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.025-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
TAROXIA TOPICAL CREAM 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
TAROXIA TOPICAL GEL 0.025-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
TWYNEO TOPICAL CREAM 0.1-3 % (tretinoin/benzoyl peroxide)	Nivel 2	
VARDIMAXIA TOPICAL GEL 0.05-5-2 % (tretinoin/spironolactone/niacinamide)	Nivel 2	
VAROXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	
VAROXIA TOPICAL GEL 0.05-4 % (tretinoin/niacinamide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Para El Acné Tópica - Queratolítica - Drugs For The Skin		
BENZEPRO (MICROSPHERES) TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 1	
BENZEPRO TOPICAL TOWELETTE 6 % (benzoyl peroxide)	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser 7 %</i>	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide topical foam 9.8 %</i>	Nivel 1	
BPO TOPICAL GEL 8 % (benzoyl peroxide)	Nivel 1	
PACNEX HP TOPICAL PADS, MEDICATED 7 % (benzoyl peroxide)	Nivel 2	
PACNEX LP TOPICAL PADS, MEDICATED 4.25 % (benzoyl peroxide)	Nivel 2	
PR BENZOYL PEROXIDE TOPICAL CLEANSER 7 % (benzoyl peroxide microspheres)	Nivel 1	
Terapia Para El Acné Tópica - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel with pump 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical lotion 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>adapalene topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>adapalene topical swab 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Adapalene 0.1% gel within the past 120 days; QL (1 EA per 1 day)
AKLIEF TOPICAL CREAM 0.005 % (trifarotene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days; Age (Max 39 Years)
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % (tretinoin)	Nivel 2	
ALVOX HP TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
ALVOX TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
ARAZLO TOPICAL LOTION 0.045 % (tazarotene)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
ATRALIN TOPICAL GEL 0.05 % (tretinoin)	Nivel 2	
AVITA TOPICAL CREAM 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
AVITA TOPICAL GEL 0.025 % (tretinoin)	Nivel 1	
DIFFERIN TOPICAL CREAM 0.1 % (adapalene)	Nivel 2	
DIFFERIN TOPICAL GEL WITH PUMP 0.3 % (adapalene)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIFFERIN TOPICAL LOTION 0.1 % (adapalene)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
ETHOXIA TOPICAL CREAM 0.05-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
ITHOXIA TOPICAL CREAM 0.1-4 % (tazarotene/niacinamide)	Nivel 2	
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
RETIN-A MICRO PUMP TOPICAL GEL WITH PUMP 0.06 %, 0.08 % (tretinoin microspheres)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
RETIN-A MICRO TOPICAL GEL 0.04 %, 0.1 % (tretinoin microspheres)	Nivel 2	Age (Max 39 Years)
RETIN-A TOPICAL CREAM 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % (tretinoin)	Nivel 2	
RETIN-A TOPICAL GEL 0.01 %, 0.025 % (tretinoin)	Nivel 2	
<i>tazarotene topical foam 0.1 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for one of the following generic topicals: Tazarotene, Tretinoin, or Adapalene (gel, cream, lotion, or solution) within the past 120 days
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	Age (Max 39 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.08 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for generic Tretinoin Microspheres 0.04% and 0.10% within the past 365 days; Age (Max 39 Years)
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
Terapia Sistémica Para El Acné - Reinoides Y Derivados - Drugs For The Skin		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE 16 MG, 24 MG, 32 MG, 8 MG (isotretinoin, micronized)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Accutane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
isotretinoin (Claravis Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for preferred generic Isotretinoin within the past 120 days
isotretinoin (Zenatane Oral Capsule 10 Mg, 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vendajes De Piel De Ovina (Oveja), No-Viva - Drugs For The Skin		
KERAMATRIX TOPICAL SHEET 2 X 2 ", 3/4 X 1 ", 4 X 4 " (tissue matrix, keratin-based, ovine derived)	Nivel 2	
Vendajes De Piel De Porcino, No-Vivo - Drugs For The Skin		
MIRO3D FIBERS TOPICAL POWDER 100 MG, 500 MG, 700 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
MIRO3D TOPICAL SHEET 10 X 5 X 2 CM, 2 X 2 X 2 CM, 3 X 3 X 2 CM, 4 X 4 X 2 CM, 5 X 5 X 2 CM, 7 X 5 X 2 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
MIRODERM FENESTRATED PLUS TOPICAL SHEET 3 X 3 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM), porcine derived, fenestrated)	Nivel 2	
MIRODERM FENESTRATED TOPICAL SHEET 2 X 2 CM, 2 X 3 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 8 X 15 CM, 8 X 8 CM (extracellular matrix (ECM), porcine derived, fenestrated)	Nivel 2	
MIRODRY WOUND MATRIX TOPICAL SHEET 10 X 5 CM, 2 X 2 CM, 3 X 3 CM, 4 X 4 CM, 5 X 5 CM, 5 X 7 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
MIROTRACT TOPICAL SHEET 3 MM X 5 CM, 3 MM X 9 CM, 5 MM X 5 CM, 5 MM X 9 CM (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	
XCELLISTEM TOPICAL POWDER 250 MG (extracellular matrix (ecm), porcine derived)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Adrenergic (Mydriatic) Agents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Anorectal - Hemorrhoidal Combinations Other - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 2	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 2	
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 2	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 2	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
Contact Lens Preparation - Hard Lens Products - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 2	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Nivel 2	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Nivel 2	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dental Product - Astringents - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
Dental Product - Disinfectants - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Nivel 0	
Dental Product - Fluoride Preparations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
Dental Product - Hemostatics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Nivel 0	
Dermatological Irritants-Counter-Irritant Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 2	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 2	
Inflammatory Bowel Agent - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief,infant-toddler, disposable)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Covid-19 Miscellaneous Testing Supplies - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Anti-Allergy - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 2	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 2	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 2	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 2	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Local Anesthetic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 2	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 2	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 2	
Ophthalmic - Local Anesthetic Esters - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2 ", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 2	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 2	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 2	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRIN SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
Ophthalmic Combinations - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 2	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 2	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 2	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
Ophthalmic-Intraocular Press. Reducing, Sel. Alpha Adrenergic Agonists - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
I-PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 2	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 2	
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 2	
Otic (Ear) - Agents For The Pinna - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINER KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 2	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 2	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 2	
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 2	
Otic (Ear) - Analgesics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X5/16 ", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disponible, 1 mL)	Nivel 1	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
<i>insulin syringe u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29, 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
ULILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
Otic (Ear) - Glucocorticoids - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AUTOLET LITE (lancing device)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 2	
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH CONTROL SOLN L2-L3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor, implantable, continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 2	PA
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	DME	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INSUL-CAP (diabetic supplies, miscell)	DME	
INSUL-EZE (diabetic supplies, miscell)	DME	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies, miscell)	DME	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	DME	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 2	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
Periodontal Product - Anti-Infectives - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 2	
Steroidal Antibiotics - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/L2)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/G7 with controller)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/G7)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/L2 with controller)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 2	
TWIST REFILL KIT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 2	
TWIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
TWIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit,disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Aguja De Extracción De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Almohadillas De Gaza Y Vendajes - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 2	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Bomba Subcutánea De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
Suministros Médicos Y Dme - Comb. De Azúcar En Sangre-Cetonas Suministros De Pruebas - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Combinaciones De Dispositivos De Presión Arterial - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Dispositivos Ventiladores De Trompa De Eustaquio/Oído Medio - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Equipos De Extracción De Sangre Con Anestesia Local - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT KIT 21 GAUGE X 3/4" -2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	
LIDO BDK KIT 21 GAUGE X 1"- 2.5 %-2.5 % (blood collection set/lidocaine/prilocaine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Implantes Que Abultan El Tejido - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
BARRIGEL IMPLANT GEL FOR IMPLANT IN SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 2	PA
Suministros Médicos Y Dme - Medias De Compresión - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking, knee high, long length, small circumference)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Medidores De Flujo Máximo - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Azúcar En Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
Suministros Médicos Y Dme - Pruebas De Cetona En Orina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	DME	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Administración Subcutánea - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
INSUFLON INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Asistencia De Concepción - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Monitoreo De Glucosa Y Administración De Insulina - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Pruebas De Coagulación De Sangre - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros De Terapia De Respiración - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, S.CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITEAIR MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
nebulizer and compressor device	Nivel 2	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 2	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Suministros Dentales Otros - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
Q-CARE RX Q2 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine/dental swab 1/mouthwash)	Nivel 2	
Q-CARE RX Q4 KIT 0.12 % (dental suction device/chlorhexidine gl/dental swab comb no.1)	Nivel 2	
Suministros Médicos Y Dme - Tratamientos Para Cicatrices - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CELACYN TOPICAL GEL WITH PUMP (emollient combination no.60)	Nivel 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARCARE TOPICAL KIT 2 X 5.5 " (gel-matrix pad, silicone-dimethicone-dime-decaneoct-oct-vit E)	Nivel 2	
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
ZILACAINE PATCH TOPICAL COMBO PACK 5 % (lidocaine/silicone, adhesive)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Suministros Médicos Y Dme - Vendas De Gaza - Medical Supplies And Durable Medical Equipment		
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Nivel 2	
Ophthalmic - Mydriatics And Cycloplegics		
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Anticorrosivos		
<i>butylated hydroxytoluene powder</i>	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes De Suspensión		
<i>hydroxypropyl cellulose powder</i>	Nivel 2	
<i>hypromellose powder</i>	Nivel 2	
METHOCEL E 4 M POWDER (hypromellose)	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Agentes Saborizantes		
<i>ethyl acetate liquid</i>	Nivel 2	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Base De Pastilla Troche/Suave		
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Capsulas De Hipromelosa (Vacías)		
CAPSULE #3 (HYPROMELLOSE) ORAL CAPSULE (hypromellose capsules (empty))	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Adyuvante Farmacéutico - Excipientes De Capsulas		
CAPSUBLEND-H POWDER (cellulose/silica gel/mannitol/magnesium stearate)	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Tabletas		
cellulose (bulk) powder	Nivel 2	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos De Inhalación		
HYPER-SAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3.5 %, 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 2	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 3 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 1	
NEBUSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 6 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 2	
PULMOSAL INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 7 % (sodium chloride for inhalation)	Nivel 2	
sodium chloride inhalation solution for nebulization 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %	Nivel 1	
Adyuvante Farmacéutico - Vehículos Orales		
sorbitol solution 70 %	Nivel 2	
UNISPEND ANHYDROUS SWEET ORAL SUSPENSION (compound vehicle suspension sugar-free no.24)	Nivel 2	
Dermatological - Antipruritics		
polysorbate 80 solution	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Dermatological - Antiseborrheic Products And Combinations		
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS LIQUID (liquid base no.261)	Nivel 2	
Dermatological - Nsaid Combinations		
GELMIX ORAL POWDER (maltodextrin/carob)	Nivel 2	
GELMIX ORAL POWDER IN PACKET (maltodextrin/carob)	Nivel 2	
SIMPLYTHICK ORAL GEL IN PACKET 4 GRAM (xanthan gum)	Nivel 2	
THICK AND EASY ORAL POWDER IN PACKET (starch)	Nivel 2	
Dermatological Antipruritics - Antihistamines		
<i>methylene blue (bulk-solid) powder</i>	Nivel 2	
Miotics - Direct Acting		
<i>olive oil oil</i>	Nivel 1	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 1	
Ophthalmic - Miotics		
<i>isopropyl alcohol solution 70 %, 91 %, 99 %</i>	Nivel 2	
MURI-LUBE OIL (mineral oil, light sterile)	Nivel 2	
<i>sesame oil oil</i>	Nivel 2	
<i>sodium succinate powder</i>	Nivel 2	
Químicos - Agentes Criopreservativos		
CRYOSERV SOLUTION 99 % (dimethyl sulfoxide)	Nivel 2	
Químicos Al Granel		
<i>alum, ammonium (bulk) powder</i>	Nivel 2	
<i>ascorbic acid(vitamin c)(bulk) granules 100 %</i>	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>benzoin (bulk) topical tincture</i>	Nivel 2	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 2	
<i>guaiacol liquid</i>	Nivel 2	
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 2	
<i>hydroxyethyl methacrylate, bulk liquid 96 %</i>	Nivel 2	
<i>sodium bicarb-sodium chloride powder</i>	Nivel 2	
SWEET OIL OIL (olive oil)	Nivel 1	
TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2 POWDER (troche base no.247)	Nivel 2	
<i>vitamin e acetate (bulk) liquid 125 unit/ml</i>	Nivel 2	
Pediatric Vitamins And Combinations - Drugs For The Ear		
Ótico (Oído) - Antiinfecciosos Otros - Antibiotics		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1	
Ótico (Oído) - Combinaciones Para El Pabellón Auricular - Antibiotics		
CORTANE-B TOPICAL LOTION 1-1-0.1 % (hydrocortisone/pramoxine HCl/chloroxylonol)	Nivel 2	
Ótico (Oído) - Fluoroquinolonas - Antibiotics		
CETRAXAL OTIC (EAR) DROPPERETTE 0.2 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette 0.2 %</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Pediatric Vitamins And Mineral Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
DERMOTIC OIL OTIC (EAR) DROPS 0.01 % (fluocinolone acetonide oil)	Nivel 2	
fluocinolone acetonide oil (Flac Otic Oil Otic (Ear) Drops 0.01 %)	Nivel 2	
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1	
Pediatric Vitamins With Fluoride And Minerals Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
CIPRO HC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 0.2-1 % (ciprofloxacin HCl/hydrocortisone)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone otic (ear) solution 0.3-0.025 % (0.25 ml)</i>	Nivel 1	
CORTISPORIN-TC OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (neomycin sulf/colistin sul/hydrocortisone ac/thonzonium brom)	Nivel 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1	
OTOVEL OTIC (EAR) SOLUTION 0.3-0.025 % (0.25 ML) (ciprofloxacin HCl/fluocinolone acetonide)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Platelet Aggregation Inhibitors - Glycoprotein IIb/IIIa Receptor Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
Antiséptico - Agentes Oxidantes - Antiseptics And Disinfectants		
<i>hydrogen peroxide (bulk) solution 30 %</i>	Nivel 2	
Antiséptico - Derivados Del Fenol - Antiseptics And Disinfectants		
<i>phenol liquid</i>	Nivel 2	
Antiséptico - Otros - Antiseptics And Disinfectants		
<i>glutaraldehyde solution 25 %</i>	Nivel 1	
Platelet Aggregation Inhibitors - Monoclonal Agents - Antiseptics And Disinfectants		
ATRAPRO DERMAL SPRAY TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003-0.004 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
DELUO TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.018 %-0.004 % -0.06 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
HYCLODEX TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 % -0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
HYPOCYN ANTIPRURITIC TOPICAL SPRAY GEL 0.012 % (hypochlorous acid/sodhypochlor/sod chlor/sodmagfluor/e.water)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HYPOCYN DERMAL TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.012 %-0.002 %-0.046 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
MICROCYN TOPICAL SPRAY, NON-AEROSOL 0.003 %-0.004 %-0.023 % (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
RENOVAR TOPICAL SOLUTION (hypochlorous acid/sodium hypochlorite/sod chlorid/elec.water)	Nivel 2	
Platelet Aggregation Inhibitors - Phosphodiesterase Iii Inhibitors - Antiseptics And Disinfectants		
IODOFLEX TOPICAL PADS, MEDICATED 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 2	
IODOSORB TOPICAL GEL 0.9 % (cadexomer iodine)	Nivel 2	
LUGOLS TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
STRONG IODINE TOPICAL SOLUTION 5-10 % (iodine/potassium iodide)	Nivel 1	
Productos Vaginales - Drugs For Women		
Antibacteriales Vaginales - Lincosamidas - Drugs For Infections		
CLEOCIN VAGINAL CREAM 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Clindamycin, vaginal Clindamycin cream, oral Metronidazole, vaginal Metronidazole gel, or Tinidazole within the past 365 days; QL (3 EA per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM, EXTENDED RELEASE 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Clindamycin vaginal cream within the past 120 days
XACIATO VAGINAL GEL 2 % (clindamycin phosphate)	Nivel 2	
Antidiarrheal - Antiperistaltic Agents - Drugs For Women		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (progesterone, micronized)	Nivel 2	
Antidiarrheal - GI Adsorbents - Drugs For Women		
AZO BORIC ACID VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 2	
MONISTAT MAINTAIN VAGINAL SUPPOSITORY 600 MG (boric acid)	Nivel 1	
Antidiarrheals - Drugs For Women		
estradiol (Estrace Vaginal Cream 0.01 % (0.1 Mg/Gram))	Nivel 2	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ESTRING VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) (estradiol)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR (estradiol acetate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions Premarin cream and one of the following: Estradiol cream or vaginal tablet within the past 365 days; QL (1 EA per 84 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM (estrogens, conjugated)	Nivel 2	
VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG (estradiol)	Nivel 2	
estradiol (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Imidazoles - Drugs For Infections		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate)	Nivel 2	
MICONAZOLE-3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG (miconazole nitrate)	Nivel 1	
Antifúngicos Vaginales - Triazoles - Drugs For Infections		
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	Nivel 1	
terconazole vaginal suppository 80 mg	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antiprotozoarios-Antibacteriales Vaginales - Derivados De Nitroimidazol - Drugs For Infections		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	Nivel 1	
NUVESSA VAGINAL GEL 1.3 % (65 MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 2	
VANZOLE VAGINAL GEL 0.75 % (37.5MG/5 GRAM) (metronidazole)	Nivel 2	
Lubricantes Y Humectantes Vaginales - Drugs For Women		
REPLENS EXTERNAL COMFORT VAGINAL GEL (glycerin/mineral oil/polycarbophil)	Nivel 2	
Medical Supplies And Dme - Insulin Needles- Syringes And Admin Supplies - Drugs For Women		
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 2	
Mezclas Antisépticas Vaginales - Drugs For Infections		
FEM PH VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 2	
RELAGARD VAGINAL GEL 0.9-0.025 % (acetic acid/oxyquinoline sulfate)	Nivel 2	
TRIMO-SAN JELLY VAGINAL GEL 0.025-0.01 % (oxyquinoline sulfate/sodium lauryl sulfate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sistema Locomotor		
Duchenne Muscular Dystrophy - Histone Deacetylase (Hdac) Inhibitor		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION 8.86 MG/ML (givinostat hydrochloride)	Nivel 3	PA
Fibrodysplasia Ossificans Progressiva-Retinoic Acid Receptor Agonists		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (palovarotene)	Nivel 3	PA
Friedreich Ataxia-Nuclear Factor Erythroid-Rel.Factor2(Nrf2) Activator		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG (omaveloxolone)	Nivel 3	PA
Sistema Locomotor - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
Agente Antimiasténicos - Inhibidores De Colinesterasa Reversible - Drugs For Nerves And Muscles		
MESTINON ORAL SYRUP 60 MG/5 ML (pyridostigmine bromide)	Nivel 2	
MESTINON ORAL TABLET 60 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 2	
MESTINON TIMESPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 180 MG (pyridostigmine bromide)	Nivel 2	
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	Nivel 1	
Agentes Als - Antioxidantes/Antiinflamatorios - Drugs For Nerves And Muscles		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 3	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML (edaravone)	Nivel 3	
Agentes Antimiasténicos Otros - Drugs For Nerves And Muscles		
FIRDAPSE ORAL TABLET 10 MG (amifampridine phosphate)	Nivel 3	PA
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 16.6 MG/0.416 ML, 23 MG/0.574 ML, 32.4 MG/0.81 ML (zilucoplan sodium)	Nivel 3	PA
Agentes Para Tratar Parálisis Periódica - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 3	PA
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	Nivel 3	PA
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet 50 Mg)	Nivel 3	PA
Antimyasthenic Agent - Neonatal Fc Receptor (FcRn) Inhibitor - Drugs For Nerves And Muscles		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SYRINGE 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML (efgartigimod alfa-hyaluronidase-qvfc)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Opioide - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)
Relajante Musculo Esquelético - Combinaciones De Analgésico Salicilato - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>carisoprodol-aspirin oral tablet 200-325 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Norgesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)</i>	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
<i>orphenadrine-asa-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day)
<i>orphenadrine citrate/aspirin/caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
Relajante Musculo Esquelético Y Comb. De Irritante Tópico Y Antiirritante - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>CYCLOPAK KIT 5 MG-2.5 %- 2.5 % (cyclobenzaprine/lidocaine/prilocaine/glycerin)</i>	Nivel 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>	Nivel 1	QL (8 EA per 1 day); Age (Min 12 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedative-Hypnotic - Antihistamine Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG (dantrolene sodium)	Nivel 2	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Sedative-Hypnotic - Antihistamines - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral suspension 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1	PA
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	
<i>baclofen oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg, 350 mg</i>	Nivel 1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 375 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Chlorzoxazone 500mg within the past 120 days; QL (4 EA per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>cyclobenzaprine oral capsule, extended release 24hr 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	
CYCLOTENS REFILL COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit electrodes)	Nivel 2	
CYCLOTENS STARTER COMBO PACK 10 MG (cyclobenzaprine HCl/TENS unit/TENS unit electrodes)	Nivel 2	
cyclobenzaprine HCl (Fexmid Oral Tablet 7.5 Mg)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (5 MG/ML) (baclofen)	Nivel 2	PA
LYVISPAH ORAL GRANULES IN PACKET 10 MG, 20 MG, 5 MG (baclofen)	Nivel 2	PA
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>metaxalone oral tablet 640 mg</i>	Nivel 1	
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
<i>orphenadrine citrate oral tablet extended release 100 mg</i>	Nivel 1	
OZOBAX ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML (baclofen)	Nivel 2	PA
SOMA ORAL TABLET 250 MG, 350 MG (carisoprodol)	Nivel 2	
methocarbamol (Tanlor Oral Tablet 1,000 Mg)	Nivel 1	
<i>tizanidine oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	
carisoprodol (Vanadom Oral Tablet 350 Mg)	Nivel 2	
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG, 4 MG, 6 MG (tizanidine HCl)	Nivel 2	
ZANAFLEX ORAL TABLET 4 MG (tizanidine HCl)	Nivel 2	
Sedative-Hypnotic - Benzodiazepines - Drugs For Nerves And Muscles		
RILUTEK ORAL TABLET 50 MG (riluzole)	Nivel 2	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 3	PA
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10 ML (riluzole)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Sedative-Hypnotic Combinations - Drugs For Muscles, Ligaments, Tendons, And Bones		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 60 MG/3 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 2	PA; QL (3 ML per 180 days)
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML(MW 2.4 -3.6 MILLION) (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/3 ML (hyaluronate sod, cross-linked)	Nivel 2	PA; QL (3 ML per 180 days)
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16.8 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
GENVISC 850 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (12.5 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (10 ML per 180 days)
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (10 ML per 180 days)
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SYRINGE 24 MG/3 ML (hyaluronate sodium, modified, non-crosslinked)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 88 MG/4 ML (hyaluronate sodium, stabilized)	Nivel 2	PA; QL (4 ML per 180 days)
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 30 MG/2 ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (8 ML per 180 days)
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (12.5 ML per 180 days)
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 16 MG/2 ML (hylan G-F 20)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNVISC-ONE INTRA-ARTICULAR SYRINGE 48 MG/6 ML (hylan G-F 20)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
TRILURON INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 180 days)
TRIVISC INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (7.5 ML per 180 days)
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	PA; QL (7.5 ML per 180 days)
Spinal Muscular Atrophy - Motor Neuron 2 (Smn2) Splicing Modifier - Drugs For Nerves And Muscles		
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML (risdiplam)	Nivel 3	
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG (risdiplam)	Nivel 3	
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
Suministro Médico, Súper Equipo Fdb		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE (lancets)	DME	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT (blood-glucose meter and wrist blood pressure monitor)	DME	
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM (lancets)	DME	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADJUSTABLE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT 10 FR, 10-16 FR-", 12 FR, 12-16 FR-", 14-16 FR-", 16-16 FR-", 18-16 FR-", 6-16 FR-", 8-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
ADVANCE PLUS INTERMITTENT COMBO PACK 6 FR, 8 FR- 16" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
ADVANCED ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED GLUC METER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVANCED GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ADVOCATE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ADVOCATE REDI-CODE PLUS (blood-glucose meter)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL L SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ADVOCATE SYRINGES SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
AEROBIKA OSCILLATING PEP SYSTM DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MINI SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER MV SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROCHAMBER2GO SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROECLIPSE II NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AEROECLIPSE XL NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AERONEB GO (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AERONEB GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AEROTRACH PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
AEROVENT PLUS SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX CONTROL SOLN-HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
AGAMATRIX CONTROL SOLN-NORM-HI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MNTR KIT (blood-glucose meter)	DME	
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE (lancets)	DME	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
AIRS ADULT AEROSOL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AIRS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
AIRS PEDIATRIC DISPOSABLE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ALKALINE BATTERIES (diabetic supplies, miscell)	DME	
ALL FLOW 1000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 3000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 4000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 5000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
ALL FLOW 6000 PFT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27GX3/8" SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEV SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 1/2", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ALLEVYN ADHESIVE DRESSING TOPICAL BANDAGE 7 X 7 " (foam bandage)	Nivel 2	
ALLEVYN LIFE DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 " (foam bandage)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER HANDSET (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERA NEBULIZER SYSTEM (nebulizer)	Nivel 2	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE (lancets)	DME	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AMIELLE VAGINAL TRAINER KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
APOGEE IC INTERMIT CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
APOGEE PLUS INTERMITT CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
AQINJECT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
AQUA LANCE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
ASSURE 4 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ASSURE PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
ASSURE PRISM MULTI METER (blood-glucose meter)	DME	
ASSURE PRISM MULTI STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ASTHMA CHECK METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (peak flow meter/inhaler, assist devices)	DME	
AURA PORTANEB (nebulizer)	Nivel 2	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTO-LANCET MINI (lancing device)	DME	
AUTOLET IMPRESSION LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
AUTOLET LITE (lancing device)	DME	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL TRAY 1/2 ML 27 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
BD ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD BLUNT PLASTIC CANNULA SYRINGE 17 X 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD BULK SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON NEEDLE 19 X 1 1/2 " (needles, filter)	Nivel 2	
BD INSYTE AUTOGUARD INFUSION SET 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter)	Nivel 2	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe, safety with needle, 3 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CAN SYRINGE 17 X 5 ML (syringe with cannula, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD INTERLINK SYRINGE SYRINGE 17 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK BULK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2", 10 ML 20 X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 21 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 26 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRING SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 3/8" (needles, disposable)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REG SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TB REG BEVEL SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SAF-T-INTIMA INFUSION SET 22 GAUGE X 3/4" (intravenous catheter kit)	Nivel 2	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
B-D SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
BD SLIP TIP SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SPECIALTY USE NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATH TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE CATHETER TIP SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SLIP TIP NONSTERILE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD SYRINGE-DUAL CANNULA SYRINGE 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGE (syringe with needle and cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
BD TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2 " (syringe with needle, disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
BD VERITOR SARS-COV-2, FLU A-B KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY KIT (flash glucose sensor/blood glucose test strips/pen needles)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ADMELOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-APIDRA DEVICE (data transfer pen cap for insulin glulisine, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-ASPART DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-BASAGLAR DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-FIASP DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart (B3), reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-HUMALOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LANTUS DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LISPRO DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-LYUMJEV DEVICE (data transfer pen cap for insulin lispro-aabc, reusable, BT)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-NOVOLOG DEVICE (data transfer pen cap for insulin aspart, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEO DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TOUJEOMX DEVICE (data transfer pen cap for insulin glargine, reusable, bluetooth)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BIGFOOT UNITY PEN CAP-TRESIBA DEVICE (data transfer pen cap for insulin degludec, reusable, BT)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BIOSTEP TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 4 X 4 " (dressing, collagen/sodium alginate/carboxymethylcellulose)	Nivel 2	
BIOTEL CARE BGM-4 METER (blood-glucose meter)	DME	
<i>blood glucose contrl hi,normal solution</i>	DME	
<i>blood glucose control, normal solution</i>	DME	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLOOD GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blood-glucose meter</i>	DME	
<i>blood-glucose meter kit</i>	DME	
BLULINK BG SYSTEM REFILL KIT 32 GAUGE (lancets with blood glucose test strips)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT (blood-glucose meter)	DME	
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
<i>blunt needle, disposable needle 18 x 1 1/2 "</i>	Nivel 2	
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
BREATHERITE MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO. SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, ADULT SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, CHILD SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, INFANT SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE SPACER-MASK, S.CHLD SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CAREFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CAREONE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CAREONE ULTRA THIN LANCET (lancets)	DME	
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT PRECISION LUER LOCK SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CAREPOINT PRECISION NEEDLE NEEDLE 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1" (needles, disposable)	Nivel 2	
CAREPOINT PRECISION SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CAREPOINT SAFETY LL SYR-NEEDLE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CARESENS N (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ BT GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N PLUS BT KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARESENS N TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARESENS N VOICE (blood-glucose meter)	DME	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 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)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING KIT (blood-glucose meter)	DME	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER LOCK SYR-NEEDLE SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
CARETOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
CARETOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM 65-80 MM (diaphragms, contoured)	Nivel 0	
CEFALY COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
CELLPAD TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (subcutaneous bolus insulin patch pump, 200 unit, disposable)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (diabetic supplies,miscell)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (diabetic supplies, miscell)	DME	
CHOICE DM CLARUS NORM CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CHOICEDM CLARUS (blood-glucose meter)	DME	
CHOICEDM CLARUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CHOSEN LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
CHOSEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
CICASIL TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CICATRACE PAD TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUC SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE NEB KIT-ADULT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEB KIT-CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
CLEVER CHOICE PRO (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE PRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TALK GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CLEVER CHOICE WHISPER AIRE PED DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CLICKFINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
COAGUCHEK LANCETS (lancets)	DME	
COAGUCHEK XS (prothrombin time/INR test meter)	Nivel 2	
COLOR LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT EZ PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC 30 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS 31 GAUGE (lancets)	DME	
COMFORTSEAL LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
COMFORTSEAL SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
COMPACT SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
CONCEPTION KIT (conception assistance supplies combination no.1)	Nivel 2	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
CONTOUR METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT EZ METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GEN METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT LINK KIT (blood-glucose meter, wireless)	DME	
CONTOUR NEXT METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT ONE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
CONTOUR PLUS BLUE METER (blood-glucose meter)	DME	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
<i>covid19 test adm.by pharmacist</i>	Nivel 2	
CURAFIL GEL WOUND TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL SPONGE 0.2 %- 2" X 2" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
CURITY AMD (WITH POLYHEXAMETH) TOPICAL STRIP 0.2 %- 1/2" X 3 FEET (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY AMD TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/4 X 36" (gauze bandage)	Nivel 2	
CURITY DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
CURITY IODOFORM PACKING STRIP TOPICAL BANDAGE 1 X 5 "-YARD, 1/2 X 5 "-YARD, 1/4 X 5 "-YARD, 2 X 5 "-YARD (iodoform)	Nivel 2	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DAVOL PISTON IRRIGATION SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
DERM-SILK TOPICAL PAD 2.5 X 2" (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
DEVILBISS DISPOSABLE NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS PULMOMATE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
DEVILBISS TRAVELER COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
DEXCOM G6 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 RECEIVER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
DIAPERS, UNISEX SIZE 1 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 2 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 3 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 4 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 5 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIAPERS, UNISEX SIZE 6 (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
DIATRUE CONTROL SOLN NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DIATRUE PLUS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
DOVER BULB SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe disposable irrig,60 mL)	Nivel 1	
DOVER COATED LATEX FOLEY COMBO PACK (urinary bag/catheterization tray)	Nivel 2	
DOVER LATEX FOLEY CATHETER 16 FR, 28 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER RED RUBBER ROBINSON CATH 8 FR (catheter)	Nivel 2	
DOVER UNIVERSAL TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
DROPLET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
DROPLET LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGE (lancets)	DME	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPSAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1" (needles, safety)	Nivel 2	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL (condoms, non-latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
EAR POPPER INFLATION DEVICE NASAL DEVICE (middle ear inflation device)	Nivel 2	
EASIVENT HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
EASIVENT MASK LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK MEDIUM DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASIVENT MASK SMALL DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 X5/16 ", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EASY COMFORT PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/32", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET (blood-glucose meter)	DME	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY PLUS II TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY STEP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE NEEDLE 30 X 1/2 " (needles, safety)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 18 GAUGE X 1", 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 18 GAUGE X 1", 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 19 GAUGE X 1", 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1", 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1", 5 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH FLURINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN SYRINGE 1 ML (syringe without needle, insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, disposable, 5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TOUCH TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML (syringe without needle,insulin disposable, 1 mL)	Nivel 1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
EASY TRAK II CTRL SOLN-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASY TRAK II TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EASYGLUCO METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYGLUCO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EASYMAX 15 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX NG (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NG KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYMAX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EASYMAX T1 KIT (blood-glucose meter)	DME	
EASYMAX V SPEAKING GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
EASYPOINT NEEDLE NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EBASE CONTROLLER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
ECLIPSE NEEDLE NEEDLE 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8" (needles, safety)	Nivel 2	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ECLIPSE SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
ELEMENT TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE EVO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
EMBRACE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
EMBRACE PRO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE PRO SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
EMBRACE PRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE SYS KIT (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
EMBRACE TALK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE GLUCOSE TEST STRP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EMBRACE WAVE PLUS GLUCOSE MTR (blood-glucose meter)	DME	
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-CONTAINR KIT (feeder irrigation kit)	Nivel 2	
ENFIT MEDICAL STRAW (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
ENFIT MEDICINE BOTTLE ADAPTER (adapter cap for bottle)	Nivel 2	
<i>enteral connector, enfit</i>	Nivel 2	
ENTERAL GRAVITY BAG SET-ENFIT (feeder container with gravity set, ENFit)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>eua patient assessment</i>	Nivel 2	
EVENCARE G2 (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G2 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE G3 TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EVENCARE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
EVENCARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE (glucose sensor, implantable, continuous/dexamethasone acetate)	Nivel 2	PA
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
EVOLUTION TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EXCEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 X 1" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
EXEL INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EXEL SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
EXEL SYRINGE SYRINGE 50 ML (syringe, disposable, 50 mL)	Nivel 1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
E-Z JECT LANCETS , 26 GAUGE, 30 GAUGE, 32 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
EZ SMART PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
EZ SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EZ SMART TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FANTASY CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
FC2 FEMALE CONDOM (condoms, female)	Nivel 0	
FEMALE CATHETER 14 FR (catheter)	Nivel 2	
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (cervical cap)	Nivel 0	
FINGERSTIX LANCETS (lancets)	DME	
FLEXICHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
FLEXI-SEAL SIGNAL FMS RECTAL (fecal collector with charcoal filter/catheter/syringe)	Nivel 2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FLOWFLEX PLUS COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA 6CONN-GTEL-TN'G ADV STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR DEVICE (blood-glucose and blood pressure meter with adult cuff)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA D40-G31 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G20 KIT (blood-glucose meter)	DME	
FORA G20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA G30A (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORA GD50 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA GTEL MULTI-FUNCTN MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORA LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
FORA LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST N'GO VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA TN'G ADV MOBILE MULTI MTR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
FORA TN'G VOICE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORA V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GD20 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FORACARE GD40 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FORACARE GD40B GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE INSULINX (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE INSULINX STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 READER (flash glucose scanning reader)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT (flash glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE LIBRE 3 READER (blood-glucose meter, receiver, continuous)	DME	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	HISTORY OF INSULIN USE OR SUBMIT A PA EXCEPTION REQUEST
FREESTYLE LITE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION NEO METER (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
FREESTYLE SIDEKICK II KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE SYSTEM KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
FREESTYLE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
FREESTYLE UNISTIK 2 (lancets)	DME	
GDRIVE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
GIRLS TRAINING PANTS 4T-5T (diaper/brief, infant-toddler, disposable)	Nivel 2	
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCO NAVII TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high and normal)	DME	
GLUCOCARD 01 METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD EXPRESSION (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCARD SHINE SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD SHINE XL METER (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GLUCOCOM AUTOLINK (diabetic supplies, miscell)	DME	
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT (blood-glucose meter)	DME	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GM100 KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GM100 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
GOJJI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE (blood-glucose transmitter)	Nivel 2	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
HEALTHPRO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
HOME NEBULIZER PLUS SIDESTREAM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
HYPOLANCE AST LANCING KIT (lancing device/lancets)	DME	
ID NOW COVID-19 TEST KIT KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	
IHEALTH CONTROL SOLN LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
IHEALTH GLUCO PLUS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INFUSION-CONTACT DTCH 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
ILET INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
ILET STARTER KIT CONTACT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
ILET STARTER KIT-INSET KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
IN-CHECK NASAL WITH MASK DEVICE (peak flow meter)	DME	
IN-CHECK ORAL FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
INCONTROL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
INFINITY METER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY STARTER KIT KIT (blood-glucose meter)	DME	
INFINITY TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
INNOSPIRE DELUXE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ELEGANCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE ESSENCE DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE GO NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
INNOSPIRE MINI DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin lispro)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin pen, reusable, bluetooth for use with insulin aspart)	DME	
INSPIRACHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
INSPIRATION ELITE FILTER (nebulizer accessories)	Nivel 2	
INSUFロン INFUSION SET 25 X 18 MM (subcutaneous administration set)	Nivel 2	
INSUL-CAP (diabetic supplies,miscell)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INSUL-EZE (diabetic supplies,miscell)	DME	
<i>insulin syrlndl u100 half mark syringe 0.3 ml 31 gauge x 1/4"</i>	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 0.3 ml 29 gauge x 1/2", 0.3 ml 30, 0.3 ml 30 gauge x 1/2", 0.3 ml 30 gauge x 5/16", 0.3 ml 31 gauge x 1/4", 0.3 ml 31 gauge x 15/64", 0.3 ml 31 gauge x 5/16", 0.5 ml 29 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 1/2", 0.5 ml 30 gauge x 5/16", 0.5 ml 31 gauge x 5/16", 1 ml 27 gauge x 1/2", 1 ml 27 gauge x 5/8", 1 ml 28 gauge, 1 ml 28 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 1/2", 1 ml 29 gauge x 7/16", 1 ml 30 gauge x 1/2", 1 ml 30 gauge x 3/8", 1 ml 30 gauge x 5/16, 1 ml 30 gauge x 7/16", 1 ml 31 gauge x 1/4", 1 ml 31 gauge x 15/64", 1 ml 31 gauge x 5/16, 1/2 ml 27 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge, 1/2 ml 28 gauge x 1/2", 1/2 ml 29 , 1/2 ml 30 gauge, 1/2 ml 31 gauge x 1/4", 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>insulin u-500 syringe-needle syringe 1/2 ml 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
INSUPEN PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
INSYTE IV CATHETER INFUSION SET 14 X 1.75 ", 20 X 1.16 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
INTEGRA SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
INTERLINK LEVER LOCK CANNULA (syringe accessory)	Nivel 2	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA SYRINGE 15 X 10 ML (syringe with cannula, disposable, 10 mL)	Nivel 1	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
I-PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT (injection ports)	Nivel 2	
IRRIGATION SYRINGE SYRINGE (syringe disposable irrigation)	Nivel 1	
IVENIX ADMIN SET 2INLET 2YSITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
IVENIX ADMIN SET 2INLET Y-SITE INFUSION SET (intravenous administration set)	Nivel 2	
KANGAROO 924 SAFETY SCREW (pump set)	Nivel 2	
KANGAROO EPUMP SET (feeder container with pump set)	Nivel 2	
KANGAROO GRAVITY SET (feeder container with gravity set)	Nivel 2	
KELOTOP TOPICAL PAD 4.7 X 5.7 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
KENDALL DISINFECTANT CAP (alcohol swab cap)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER 18-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
KENGUARD FOLEY CATHETER TRAY (catheterization tray)	Nivel 2	
KERAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
KERAGELT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KERLIX AMD TOPICAL BANDAGE 0.2 %- 4.5" X 4.1 YARD (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
KERLIX AMD TOPICAL SPONGE 0.2 %- 6" X 6.75" (polyhexamethylene biguanide/gauze bandage)	Nivel 2	
KETONE CARE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETONE URINE TEST STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KETOSTIX STRIP (urine acetone test strips)	DME	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
<i>lancets , 21 gauge, 26 gauge, 28 gauge, 30 gauge, 33 gauge</i>	DME	
LANCETS, SUPER THIN (lancets)	DME	
LANCETS, THIN , 28 GAUGE (lancets)	DME	
LANCETS, ULTRA THIN (lancets)	DME	
<i>lancing device</i>	DME	
LANCING DEVICE WITH LANCETS (lancing device)	DME	
<i>lancing device with lancets kit</i>	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LANCING SYSTEM (lancing device)	DME	
LANZO LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
LC PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
LC PLUS NEBULIZER-PED MASK (nebulizer)	Nivel 2	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITEAIRE MDI CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
LITETOUCH-LARGE MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LITETOUCH-SMALL MASK DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
LOFRIC 12-16 FR-", 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC ORIGO 14-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC PRIMO NELATON CATHETER 16-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LOFRIC SENSE NELATON CATHETER 14-6 FR-" (catheter)	Nivel 2	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT (COVID-19 molecular nucleic acid test assay)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
LUER LOCK SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
LUER-LOK TIP SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.3 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MAGIC3 INTERMITTENT CATHETER 10-16 FR-", 12-16 FR-" (catheter)	Nivel 2	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
MC 300 NEBULIZER W-MOUTHPIECE (nebulizer)	Nivel 2	
MC 300 NEBULIZER-UNVRSL TUBING (nebulizer)	Nivel 2	
MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY) TOPICAL BANDAGE 2 X 2 ", 3/4 X 12 ", 4 X 5 " (calcium alginate/honey)	Nivel 2	
MEDISENSE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE, 25 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 X 2 MM (blade lancet, safety)	DME	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
METER-CHECK SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
MICROAIR MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
MICROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLET LANCET (lancets)	DME	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
MICROLIFE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MICROSPACER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
MINI PLUS NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
MINI ULTRA-THIN II NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
MINIMED 630G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 770G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
MINIMED 780G INSULIN PUMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MINIMED MIO ADVANCE INF SET23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED MIO ADVANCE INF SET43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED QUICK-SERTER (MMT-395) (diabetic supplies,miscell)	DME	
MINIMED SILHOUETTE 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SILHOUETTE 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 18" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
MINIMED SURE T 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOBILE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MODD1 PATIENT WELCOME KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
MONO-FLO DRAINAGE BAG 2,000 ML (drainage bag)	Nivel 2	
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT 3CC SYR 25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY DETACH TRAY 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 0.5 ML 28 X 1/2" (syring w-needl 0.5 mL,kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT ALLERGY TRAY TRAY 1 ML 28 X 1/2" (syringe with needle 1 mL, disposable kit-tray)	Nivel 1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/2 ", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1" (needles, blood collection)	Nivel 2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT ECCENTRIC NON-STERILE SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1 1/2", 27 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/4" (needles, disposable)	Nivel 2	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML , 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER ADAPTER INTRAVENOUS ADMIX ACCESSORY (intravenous equipment)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT LUER-LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REG TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT REG TIP NON-STERILE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT REGULAR LUER SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML (syringe, disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21X 1 1/2" (syringe,safety with needle,12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES SYRINGE 6 ML (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 12 ML (syringe with cannula,disposable 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 3 ML (syringe with cannula, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SMARTIP CANNULA SYRINGE 6 ML (syringe with cannula, disposable, 6 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 35 ML (syringe, disposable, 35 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE LUER LOK SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE REGULAR LUER SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1", 12 ML 20 X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 12 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 12 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 140 ML (syringe, disposable, 140 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 20 X 3/4", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 1 1/4", 3 ML 25 X 5/8", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML (syringe, disposable, 6 mL)	Nivel 1	
MONOJECT SYRINGE SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1 1/2", 6 ML 21 X 1", 6 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 6 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE SYRINGE 60 ML (syringe, disposable, 60 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB LUER LOK SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TB SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 0.5 mL)	Nivel 1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancing device/lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
MYGLUCOHEALTH KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
MYGLUCOHEALTH STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NANO PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
nebulizer and compressor device	Nivel 2	
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NEXIVA INFUSION SET 18 X 1 1/4 ", 18 X 1 3/4 ", 20 GAUGE X 1", 20 X 1 1/4 ", 20 X 1 3/4 ", 22 GAUGE X 1", 24 GAUGE X 3/4", 24 X 0.56 " (intravenous catheter)	Nivel 2	
NIGHTTIME UNDERPANTS L-XL (diaper,brief,youth,disposable)	Nivel 2	
NORM-JECT SYRINGE 10 ML (syringe, disposable, 10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NORM-JECT SYRINGE 20 ML (syringe, disposable, 20 mL)	Nivel 1	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
NOSE CLIP (nebulizer accessories)	Nivel 2	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER DEVICE (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)	DME	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION (blood glucose and ketone control, normal)	DME	
NOVOFINE 32 NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOFINE PLUS NEEDLE 32 GAUGE X 1/6" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (insulin admin. supplies)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NUVA III TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAGEL TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
NUVAZIL II TOPICAL SHEET 10 CM X 12 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
OASIS ULTRA FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED TOPICAL SHEET 3 X 3.5 CM, 3 X 7 CM (porcine acellular small intestine submucosa, fenestrated)	Nivel 2	
OASIS WOUND MATRIX MESHED TOPICAL SHEET 5 X 7 CM, 7 X 10 CM, 7 X 20 CM (porcine acell submucosa, meshed)	Nivel 2	
OMBRA COMPRESSOR SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/L2)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT (GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/G7 with controller)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge, subcut automated dosing, BT, G6/G7)	Nivel 2	
OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cart, automated dosing, BT, G6/L2 with controller)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous infusion,BT and controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) (insulin pump controller)	Nivel 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge,continuous subcut infusion,bluetooth)	Nivel 2	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high,normal,low)	DME	
ON CALL EXPRESS METER (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ON CALL EXPRESS TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ON CALL LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ON CALL LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV KIT (lancing device/lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ONETOUCH ULTRA2 METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
ONETOUCH VERIO FLEX METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER (blood-glucose meter)	DME	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK SPACER (inhaler, assist device with large mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK SPACER (inhaler, assist device with small mask)	Nivel 2	
OPTIUM EZ STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
OPTIUM TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
OVAL TAPE (diabetic supplies, miscell)	DME	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML (insulin pump syringe, 1.8 mL)	Nivel 1	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML (insulin pump syringe, 3 mL)	Nivel 1	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 1 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 2 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI BABY CONV KIT - SIZE 3 KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT NEBULIZER SET (nebulizer)	Nivel 2	
PARI LC SPRINT SINUS (nebulizer)	Nivel 2	
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PARI TREK S PORTABLE PWR KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PCCA ACCUPEN-15 DEVICE (topical cream metered-dose device)	Nivel 2	
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PEDIATRIC BEAR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PEDIATRIC COMP-AIR COMPRES NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2", 30 gauge x 3/16", 30 gauge x 5/16", 31 gauge x 1/4", 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/16", 31 gauge x 5/32", 32 gauge x 1/4", 32 gauge x 3/16", 32 gauge x 5/16", 32 gauge x 5/32", 33 gauge x 1/4", 33 gauge x 3/16", 33 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 15/32", 31 gauge x 1/3", 31 gauge x 1/6", 31 gauge x 13/64", 31 gauge x 15/64"</i>	Nivel 1	
<i>pen needle, diabetic, safety needle 31 gauge x 3/16", 31 gauge x 5/32"</i>	Nivel 1	
PENTIPS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE (peak flow meter)	DME	
PETROLEUM GAUZE TOPICAL BANDAGE (petrolatum,white)	Nivel 2	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE SYS (blood-glucose meter)	DME	
PHARMACIST CHOICE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PHASEAL ASSEMBLY FIXTURE DEVICE (assembly system, vial to transfer device, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (connector luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (infusion adapter, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION CLAMP (clamp, IV tubing)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER (needle injector, luer, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (needle injector, luer lock, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR DEVICE 13 MM, 20 MM, 28 MM (transfer device, closed system)	Nivel 2	
PHASEAL SECONDARY SET INFUSION SET (intravenous piggyback administration set)	Nivel 2	
PHASEAL Y-SITE (y-site line connector, closed system)	Nivel 2	
PIKO 1 DEVICE (peak flow meter)	DME	
PILLOW MASK CHILD (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
PIP BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PIP GLUCOSE CONTROL SOLN L1-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
PIP LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
PIP PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT (COVID-19 test specimen collection)	Nivel 2	
PLATINUM TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
POCKET CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
POLY HUB NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 1/2" (needles, disposable)	Nivel 1	
PRECISION (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK (blood-glucose calib. control)	DME	
PRECISION PCX PLUS TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION PCX TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION Q-I-D TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT (blood ketone and glucose monitor)	DME	
PRECISION XTRA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PRECISION XTRA TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER BLU GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PREMIER TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PREMIER VOICE GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 (blood-glucose meter)	DME	
PREMIUM V10 STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PRIMEAIRE SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
PRO COMFORT TENS ELECTRODE PAD (tens unit electrodes)	Nivel 2	
PRO COMFORT TENS UNIT COMBO PACK (transcutaneous electrical nerve stimulators(TENS)/electrodes)	Nivel 2	
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
PROCARE COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE PEDIATRIC NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
PRO-CEPTION VAGINAL (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
PROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
PRODIGY AUTOCODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY AUTOCODE MONITOR SYST (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
PRODIGY MINI-MIST NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRODIGY NO CODING STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
PRODIGY POCKET METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC PLUS DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB MAX COMPRESSOR-LC SPRINT DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PRONEB ULTRA II FILTER ASSEM (nebulizer accessories)	Nivel 2	
PROSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
PROVATE PELVIC ORGAN SUPPORT VAGINAL 61 MM, 67 MM, 73 MM, 79 MM, 85 MM, 91 MM (pessary)	Nivel 2	
PROVENT NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PROVENT STARTER NASAL DEVICE (nasal exhalation resistance device)	Nivel 2	
PULMO-AIDE COMPRESSOR DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PULMONEB LT COMPRESSOR NEBUL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
PUREAIR MINI NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
QUAKE VIBRATORY PEP DEVICE (mucus clearing device)	Nivel 2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
QUICKVUE SARS ANTIGEN KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
QUINTET AC (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QUINTET AC STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
RAPIDGO FLU AND COVID-19 TEST KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
RAPPORT VACUUM THERAPY KIT (vacuum erection device system)	Nivel 2	
RECONSTITUTE KIT (medical supply, miscellaneous)	Nivel 2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	
REFUAH PLUS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIAMED LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RELION CONFIRM-MICRO STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR (blood-glucose meter)	DME	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RELION PRIME METER (blood-glucose meter)	DME	
RELION PRIME TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELION ULTIMA STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RELIZORB CARTRIDGE (enteral pump accessory for fat hydrolysis)	Nivel 2	
REPLICARE DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 1/2 X 2 1/2 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE THIN TOPICAL BANDAGE 2 X 2 3/4 ", 3 1/2 X 5 1/2 ", 6 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
REPLICARE ULTRA DRESSING TOPICAL BANDAGE 4 X 4 ", 7 X 8 " (hydrocolloid dressing)	Nivel 2	
RESTORE TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (silver/calcium alginate)	Nivel 2	
REUSABLE NEBULIZER KIT KIT (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
REVEAL TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORM SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
RIGHTEST GT333 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
RITEFLO AEROCHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
ROBINSON CLEAR VINYL CATHETER 16 FR (catheter)	Nivel 2	
RUBBER MOUTHPIECE (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (syringe w-needle 0.3 mL,insulin,safety w-self-cont.dis.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle,safety,disposal unit,0.5 mL)	Nivel 1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle 1 mL,insulin,safety w-self-con.disp.unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,needle,safety 1 mL,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML (syringe, safety 10 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 21 GAUGE X 1", 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 22 GAUGE X 1" (syringe,safety needle 10 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe 3 mL with safety needle,self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML (syringe, safety 5 mL, self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFESNAP SYRINGE SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 GAUGE X 1" (syringe, safety needle 5 mL and self-contained disposal unit)	Nivel 1	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
<i>safety needles needle 18 gauge x 1 1/2"</i>	Nivel 2	
SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
SAMI THE SEAL DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SAMI THE SEAL MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SCARCIN PAD PLUS TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARCINPAD TOPICAL PAD 1.57 X 5.12 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SCARHEAL TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SCARSILK TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
SECURESAFE PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SELF-CATHETER, FEMALE 14 FR (catheter)	Nivel 2	
SIDESTREAM (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SIDESTREAM NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SIDESTREAM PLUS (nebulizer)	Nivel 2	
SILADERM TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SILADONE TOPICAL SHEET 2 X 2.5 " (silicone adhesive)	Nivel 2	
SILASTIC FOLEY CATHETER 20 FR (catheter)	Nivel 2	
SILICONE MASK (nebulizer accessories)	Nivel 2	
SILICONE MASK - INFANT DEVICE (inhaler, assist devices, accessories)	Nivel 2	
SIL-K TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SILTREX TOPICAL PAD 2 X 5.5 " (gel-matrix pad dressing, silicone)	Nivel 2	
SIMPLERA SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE (blood-glucose sensor)	Nivel 2	PA
SIMPLI PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SINGLE-LET (lancets)	DME	
SINUSTAR NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
SMART SENSE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTDIABETES VANTAGE (lancing device)	DME	
SMARTEST CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SMARTEST EJECT KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST LANCET (lancets)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PERSONA STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PRONTO STARTER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST PROTEGE KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST SMART CODE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TALKING METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
SMARTEST TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	
SOLUS V2 AUDIBLE METER (blood-glucose meter)	DME	
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION,HIGH SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
SOLUS V2 TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SOOTHENEB COMPRESSOR NEBULIZER DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
SOOTHENEB MESH NEBULIZER (nebulizer)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK SPACER (inhaler,assist device with large mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK SPACER (inhaler,assist device with medium mask)	Nivel 2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK SPACER (inhaler,assist device with small mask)	Nivel 2	
SPECTRAGEL TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
SPEEDICATH (FEMALE) 16 FR (catheter)	Nivel 2	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT (COVID-19, influenza A, influenza B antigen immunoassay test)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT (COVID-19 antigen immunoassay test)	Nivel 2	QL (8 EA per 30 days); Age (Min 2 Years)
STERILANCE TL 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
STERILE DROPTAINERS (eye drop dispenser)	Nivel 2	
STRATACTX TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAGRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
STRATAXRT TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
SUNRISE COMPRESSOR-NEBULIZER DEVICE (compressor, for nebulizer)	Nivel 2	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE, 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE COMFORT LANCING PEN (lancing device)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
SUREFLEX DEVICE WITH LANCETS KIT (lancing device/lancets)	DME	
SUREFLEX LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
SURE-LANCE , 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE (lancets)	DME	
SURE-PEN LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
SURE-TOUCH LANCET (lancets)	DME	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2", 18 GAUGE X 1", 19 GAUGE X 1 1/2", 19 GAUGE X 1", 20 GAUGE X 1 1/2", 20 GAUGE X 1", 21 GAUGE X 1 1/2", 21 GAUGE X 1", 22 GAUGE X 1 1/2", 22 GAUGE X 1", 23 GAUGE X 1 1/2", 23 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 1 1/2", 25 GAUGE X 1", 25 GAUGE X 5/8", 26 GAUGE X 1/2", 27 GAUGE X 1/2" (needles, safety)	Nivel 2	
SURGUARD2 SAFETY NEEDLE 30 GAUGE X 1 1/2" (needles, safety)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 26 GAUGE X 3/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 10 ML 20 GAUGE X 1", 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 20 GAUGE X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
<i>syringe (disposable) syringe 10 ml, 20 ml, 3 ml, 30 ml, 5 ml, 60 ml</i>	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/20GX1" SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/21GX1-1/2" SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX1" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/22GX3/4" SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 3/4" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
SYRINGE 3CC/25GX1" SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
<i>syringe with needle syringe 1 ml 25 gauge x 1", 10 ml 20 x 1", 3 ml 20 gauge x 1 1/2", 3 ml 22 x 1 1/2", 3 ml 23 x 1"</i>	Nivel 1	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE SYRINGE (syringe, disposable)	Nivel 1	
SZOSIL TOPICAL SHEET 5 CM X 14 CM (silicone adhesive)	Nivel 2	
SZOSIL TOPICAL STRIP 1.4 X 6 " (silicone adhesive)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG (compression stocking, knee high, long length, small circumference)	Nivel 2	
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR (compression stocking, knee high, regular length, small)	Nivel 2	
T:FLEX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 2	
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 CONTROL-IQ (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
T:SLIM X2 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23 COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM MOBI SYSTEM (subcutaneous insulin pump)	Nivel 2	PA
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23" COMBO PACK (infusion set for insulin pump/insulin pump cartridge)	Nivel 2	
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.5 mL (half unit mark))	Nivel 1	
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TELCARE CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
TELCARE TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE KIT (lancets/blood glucose test strips/pen needles/gauze)	DME	
TEMPO SMART BUTTON DEVICE (data transfer accessory (insulin pen), bluetooth)	Nivel 2	
TEMPO WELCOME KIT KIT (blood glucose meter/insulin data transf accessory, bluetooth)	Nivel 2	
TENS 502 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
TENS 504 DEVICE (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators (TENS Units))	Nivel 2	
TENSCARE ITOUCH SURE VAGINAL DEVICE (incont device,muscle toner,elt)	Nivel 2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRING SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2", 5 ML 20 X 1", 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 5 ML 22 X 1" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TERUMO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
TERUMO SYRINGE SYRINGE 30 ML (syringe, disposable, 30 mL)	Nivel 1	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM (blood-glucose meter)	DME	
TEST N'GO TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
THERAHONEY TOPICAL BANDAGE 4 X 5 " (honey)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
THIN LANCETS 26 GAUGE (lancets)	DME	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
THINPRO INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
THRESHOLD PEP DEVICE DEVICE (spirometers and accessories)	Nivel 2	
TOOMEY SYRINGE SYRINGE 70 ML (syringe, disposable irrigation, 70 mL)	Nivel 1	
TOPCARE CLICKFINE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET , 33 GAUGE (lancets)	DME	
TOUCH-TROL 10 FR (catheter)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 0.5 mL)	Nivel 1	
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, high)	DME	
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
TRUEPLUS KETONE STRIP (urine acetone test strips)	DME	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
TRUEPLUS PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETEST TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT (blood-glucose meter)	DME	
TRUETRACK TEST STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
TRUSTEEL INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE (condoms, latex, lubricated)	Nivel 0	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE (condoms, latex, non-lubricated)	Nivel 0	
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (peak flow meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML (syringe, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
<i>tuberculin-allergy syringes syringe 1 ml 26 gauge x 3/8"</i>	Nivel 1	
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin pump syringe/insulin needles)	Nivel 2	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) KIT (insulin pump cartridge/insulin infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
TWIIST STARTER KIT KIT (insulin pump/insulin cartridge/infusion set/syringe/needle)	Nivel 2	
TWIST LANCETS 30 GAUGE, 32 GAUGE (lancets)	DME	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, insulin, 0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, disposable, insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, insulin, 0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (syringe with needle, insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRING SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2" (syringe with needle, disposable, 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML (syringe, safety 3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SAFETY SYRINGE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 23 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (syringe,safety with needle,1 mL)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16" (syringe with needle,insulin disposable,0.3 mL/empty containr)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16" (syringe with needle, insulin,1 mL and sharps container)	Nivel 1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" (syringe-needle,insulin,0.5 mL/container,empty)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
ULTI-LANCE (lancing device)	DME	
ULTI-LANCE KIT (lancing device/lancets)	DME	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET CLASSIC LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 29 (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTILET INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTILET PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
ULTIMA MONITOR (blood-glucose meter)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIMA TEST STRIPS STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN LANCETS , 28 GAUGE, 30 GAUGE, 31 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA THIN PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA TLC LANCETS (lancets)	DME	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRACARE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin 0.3 mL (half unit mark))	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	
ULTRATRAK STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
ULTRATRAK ULTIMATE (blood-glucose meter)	DME	
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRATRAK ULTIMATE STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulin, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIFINE OTC PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PENTIPS PLUS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET , 26 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET GP LANCET (lancets)	DME	
UNILET LANCET 28 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 DEVICE KIT (lancing device/lancets)	DME	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE, 25 GAUGE, 28 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION (blood glucose calibration control solution, low)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
UNISTRIP1 TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE, 26 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" (syringe with needle, insulin, safety, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,10 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1", 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 21 GAUGE X 1", 3 ML 22 GAUGE X 1", 3 ML 22 X 1 1/2", 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 23 X 1", 3 ML 25 GAUGE X 1", 3 ML 25 X 5/8" (syringe with needle,disposable, 3 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2", 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,3 mL)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" (syringe,safety with needle,5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT SYRINGE SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1", 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" (syringe with needle,disposable, 5 mL)	Nivel 1	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 X 1/2" (syringe with needle,disposable, 1 mL)	Nivel 1	
VAPRO PLUS INTERMITT CATHETER COMBO PACK 12 FR- 8", 14 FR- 16", 14 FR- 8" (urinary bag/catheter)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 23" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 32" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARISOFT INFUSION SET 43" INFUSION SET (infusion set for insulin pump)	Nivel 2	
VARITHENA ADMINISTRATION PACK (transfer set/syringe, disposable/bandages,compression/tubing)	Nivel 2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.3 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (syringe with needle,insulin,0.5 mL)	Nivel 1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (syringe with needle,disposable,insulin 1 mL)	Nivel 1	
VERIFINE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	Nivel 1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, remover and disposal unit)	Nivel 1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE, 23 GAUGE, 28 GAUGE, 30 GAUGE (lancets)	DME	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE, 30 GAUGE, 33 GAUGE (lancets)	DME	
V-GO 20 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 20 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 30 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 30 unit, disposable)	Nivel 2	
V-GO 40 DEVICE (sub-q insulin delivery device, 40 unit, disposable)	Nivel 2	
VIBRANT ORAL CAPSULE (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
VIBRANT STARTER KIT COMBO PACK (vibrating transient device for constipation)	Nivel 2	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,2,3 SOLUTION (blood glucose calibration control solutions high, normal, low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION (blood glucose calibration control high and low)	DME	
VIVAGUARD INO CTRL SOLN-L2 SOLUTION (blood glucose calibration control solution, normal)	DME	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO SMART GLUC METER (blood-glucose meter)	DME	
VIVAGUARD INO TEST STRIP STRIP (blood sugar diagnostic)	DME	ST: Requires prior prescription for Contour Test Strip, Contour Next, Contour Plus, Freestyle Insulinx, Freestyle Lite, Freestyle Precision Neo, Freestyle Test Strips, or Precision Xtra within the past 120 days
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE (lancets)	DME	
VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancing device)	DME	
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE (lancets)	DME	
VORTEX HOLDING CHAMBER SPACER (inhaler, assist devices)	Nivel 2	
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK SPACER (inhaler, assist device with medium mask)	Nivel 2	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 60 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 65 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 70 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 75 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 80 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 85 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 90 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 95 MM (diaphragms, wide seal)	Nivel 0	
WILLIS THE WHALE COMPRESSOR NEB DEVICE (nebulizer and compressor)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM DRESSING TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 2 X 2 ", 4 X 3 "-YARD, 4 X 4 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM PETROLATUM OVERWRAP TOPICAL BANDAGE 1 X 8 ", 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
XEROFORM TOPICAL BANDAGE 5 X 9 " (bismuth tribromophenate/petrolatum,white)	Nivel 2	
YONI FIT BLADDER SUPPORT VAGINAL 34-38 MM, 34-38-42 MM, 42-45 MM, 45-48-52 MM, 48-52 MM (pessary)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL BANDAGE 2 X 4.7 " (gel dressing)	Nivel 2	
ZENPHOR TOPICAL GEL (gel dressing)	Nivel 2	
Terapia Alternativa - Vitamins And Minerals		
Ophthalmic - Anti-Inflammatory, Glucocorticoids - Vitamins And Minerals		
<i>st. john's wort oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Ophthalmic - Gonioscopic Solutions - Vitamins And Minerals		
<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min oral tablet 750-551.5-50-30 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam su dip-chondroit-c-mn oral capsule 500-400-66-3 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes oral capsule 375-300-75-15 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron oral tablet 750-600-30-1 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit oral tablet 500-166.6-400 mg</i>	Nivel 2	
<i>glucosamine sulfate oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine sulfate oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 1	
GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG) ORAL CAPSULE 500-400-667 MG-MG-UNIT (glucosamine/chondr-collagen complex/vit D3/vit C/manganese)	Nivel 2	
<i>glucosamine-chondroitin oral capsule 500-400 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-chondroitin oral tablet 250-200 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-d3-boswellia serr oral tablet 1,500-400-100 mg-unit-mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid oral tablet 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw oral tablet 25 mcg-937.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal oral tablet 500-500-66.7 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3 ORAL TABLET 750 MG-100 MG- 25 MCG (glucosamine/chondroitin/msm/D3/hyaluronic acid/calcium borate)	Nivel 2	
SUPERIOR JOINT SUPPORT ORAL TABLET 300-100-100-50 MG (glucosam/chondr/msm/collag/Boswell/turmeric/pancr/querc/brom)	Nivel 2	
SYNOVX DJD ORAL CAPSULE 150 MG-150 MG- 250 MG-19 MG (glucosamin/chondroitin/msm/vit C/manganese/hyaluronic/mussel)	Nivel 2	
SYNOVX RECOVERY ORAL CAPSULE 375-300-237.5 MG (glucosamine sulfate sodium/chondroitin sulfate sodium/msm)	Nivel 2	
Ophthalmic - Intraocular Pressure Reducing Agents, Beta-Blockers - Vitamins And Minerals		
<i>melatonin oral drops 1 mg/4 ml</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral drops 10 mg/ml, 3 mg/4 ml</i>	Nivel 1	
<i>melatonin oral lozenge 5 mg</i>	Nivel 2	
<i>melatonin oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	
Ophthalmic-Intraocular Pressure Reducing Agents, Prostaglandin Analogs - Vitamins And Minerals		
SLEEP TONITE VALERIAN ORAL TABLET 750-100-25 MG (valerian xt/passion flower/hops/chamomile flower/skullcap)	Nivel 2	
SYNOVX CALM ORAL CAPSULE 100-30-15-40 MG (valerian rt/passion flower/hops/cherry/magnesium comb/potass)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - Agentes Androgénicos - Vitamins And Minerals		
DHEA ORAL TABLET 25 MG (prasterone (DHEA))	Nivel 1	
<i>prasterone (dhea) oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	
<i>prasterone (dhea) oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Alternativa - Agentes De Tos Y Resfriado - Vitamins And Minerals		
BABY COUGH ORAL SYRUP 4 GRAM-45 MG- 9 MG/3 ML (agave extract/thyme leaf extract/English ivy extract)	Nivel 2	
BABY COUGH-MUCUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 2	
KINDERMED INFANTS COUGH PLUS ORAL SYRUP 4 GRAM- 21 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract)	Nivel 2	
KINDERMED INFANTS NIGHT COUGH ORAL LIQUID 4 GRAM-21 MG- 4 MG/3 ML (blue agave extract/English ivy extract/chamomile flower ext)	Nivel 2	
Terapia Alternativa - Antioxidantes - Vitamins And Minerals		
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH ORAL CAPSULE 250-5-1 MG (vit C,E,copper,zinc 11/omega-3/dha/epa/fish/lutein/zeaxanth)	Nivel 1	
ALAMAX CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 600 MG- 450 MCG (alpha lipoic acid/biotin)	Nivel 2	
ALAMAX PROTECT ORAL CAPSULE 125 MG-95 MCG-250 MG (alpha lipoic acid/biotin/berberine chloride)	Nivel 2	
<i>alpha lipoic acid oral capsule 100 mg</i>	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alpha lipoic acid oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	
<i>alpha lipoic acid oral tablet extended release 600 mg</i>	Nivel 2	
<i>alpha lipoic acid-biotin oral capsule 300 mg- 333 mcg</i>	Nivel 1	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM) ORAL TABLET 8,333-167-133 UNIT-MG-UNIT (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/selenium yeast)	Nivel 2	
EYE HEALTH AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN ORAL TABLET 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG (beta-carotene(A) w-C and E/lutein/minerals)	Nivel 1	
EYE MULTIVITAMIN ORAL TABLET 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG (beta-carotene/ascorbic acid/vitE ac/zinc oxide/cupric oxide)	Nivel 1	
<i>glutathione (bulk) powder 100 %</i>	Nivel 2	
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXANTHIN ORAL CAPSULE 60 MG-13.5 MG- 15 MG-2 MG-6 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
HEALTHY EYES SUPERVISION2 ORAL CAPSULE 250-90-10-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
I-SIGHT ORAL CAPSULE 15 MG-100 MG-75 MG-50 MG (lutein/a-cysteine/ALA/quercet/zinc/taurine/bilberry/lycopene)	Nivel 2	
LIVER PROTECT ORAL CAPSULE 200-200-262.5 MG (acetylcysteine/alpha lipoic/milk thistle/selenomethionine)	Nivel 2	
<i>lutein oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN ORAL TABLET 1,500 MCG-60 MG -20 MG-15 MG (betacarotene/vit C/vit E/zinc ox/cupric ox/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 25-5 mg</i>	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral capsule 40-1,600 mg-mcg</i>	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin oral tablet, chewable 10-2 mg</i>	Nivel 1	
<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext oral capsule 20-1-2.2 mg</i>	Nivel 2	
MITOPRIME ORAL CAPSULE 12.5 MG (ergothioneine)	Nivel 2	
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV ORAL CAPSULE 200 MCG-15 MCG- 5 MG-1 MG (multivitamin-minerals/folic acid/vit K/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL CAPSULE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
PRESERVISION AREDS-2 ORAL TABLET,CHEWABLE 250-90-40-1 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 2	
PUREVITA ALPHA LIPOIC ACID ORAL DROPS 1 MG/2 ML (alpha lipoic acid)	Nivel 1	
VISION HEALTH ORAL CAPSULE 250-90-40-2-5 MG (vit C/vit E acetate/zinc oxid/cupric oxide/lutein/zeaxanthin)	Nivel 1	
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE 66.6MG-3.33MCG-3.33 MG-0.66 MG (vitamin B complex/vit C/selenium/lutein/zeaxanthin/herb 253)	Nivel 2	
VISTA ADVANCED AREDS2 ORAL CAPSULE 250-137.5-12.5 MG (vit C/vit E/zinc/copper/selen/lutein/zeaxanthin/glutathione)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Alternativa - Laxantes Y Catárticos - Vitamins And Minerals		
HERBAL COLON CLEANSER ORAL CAPSULE 500 MG (cascara/psyllium husk/bentonite/alfalfa/aloe/herbs)	Nivel 1	
Terapia Alternativa - No Clasificado - Vitamins And Minerals		
ACAI BERRY DIET ORAL CAPSULE 250 MG-20 MCG- 80 MG-50 MG (acai berry extract/chromium/green tea/caffeine/enzymes)	Nivel 2	
ADVANCED HERBALS GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 2	
ALFA-MAX ALFALFA ORAL CAPSULE 525 MG (alfalfa)	Nivel 2	
AM-PM MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 20-250-100(D)/ 20-200-100MG(N) (black cohosh/green tea/Panax ginseng/valerian/hops/theanine)	Nivel 2	
ARTICHOKE PREMIUM EXTRACT ORAL CAPSULE 150-300 MG (milk thistle seed extract/artichoke leaf extract)	Nivel 2	
<i>ashwagandha extract oral capsule 120 mg</i>	Nivel 1	
<i>ashwagandha extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>ashwagandha root extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>ashwagandha root extract oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT ORAL TABLET,CHEWABLE 62.5 MG (ashwagandha extract)	Nivel 2	
<i>astragalus root oral capsule 470 mg</i>	Nivel 2	
ATRANTIL ORAL CAPSULE 275 MG (tannic acid/horse chestnut seed xt/peppermint leaf xt)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
AZO CRANBERRY PLUS PROBIOTIC ORAL TABLET 250-30-15 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 2	
AZO CRANBERRY PLUS VIT C ORAL CAPSULE 250-60 MG (cranberry fruit extract/ascorbic acid)	Nivel 2	
BERGACOR ORAL TABLET 650 MG (bergamot extract)	Nivel 2	
BERGACOR PLUS ORAL TABLET 400-250 MG (bergamot extract/Indian gooseberry extract)	Nivel 2	
<i>bitter melon extract oral tablet 750 mg</i>	Nivel 2	
<i>black cohosh oral capsule 540 mg</i>	Nivel 2	
<i>black walnut hull oral capsule 450 mg</i>	Nivel 2	
<i>boswellia serrata extract oral tablet 307 mg</i>	Nivel 2	
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) (peppermint oil)	Nivel 2	
BP MANAGER ORAL TABLET 519 MG (hawthorn extract/herbal drugs)	Nivel 2	
BRONCHIAL SOOTHE ORAL SYRUP 43 MG/5 ML (English ivy extract)	Nivel 1	
CALMAID ORAL CAPSULE 80 MG (lavender oil)	Nivel 2	
CANDICIDAL ORAL CAPSULE 100 MG-150 MG- 50 MG-150 MG (turmeric/ginger/olive/oregano/sodium caprylate)	Nivel 2	
<i>chamomile flower oral capsule 350 mg</i>	Nivel 2	
<i>chaste tree fruit oral capsule 400 mg</i>	Nivel 2	
<i>cinnamon bark extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>cinnamon bark oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
CORTISOLV ORAL CAPSULE 150-250-50-50 MG (ashwagandha/magnolia brk/Phellod/banaba lf/maral rt/theanine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cranberry conc-ascorbic acid oral capsule 300-100 mg, 4,200-20 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry extract oral tablet 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry fruit concentrate oral capsule 450 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry fruit concentrate oral tablet,disintegrating 125 mg</i>	Nivel 2	
<i>cranberry fruit oral capsule 465 mg</i>	Nivel 2	
CRANBERRY URINARY TRACT HEALTH ORAL TABLET 250-30-3.5 MG (cranberry fruit concentrate/ascorbic acid/Bacillus coagulans)	Nivel 2	
CURCUPLEX-95 ORAL CAPSULE 500 MG (turmeric root extract)	Nivel 2	
<i>dandelion root oral capsule 525 mg</i>	Nivel 2	
DIGESTIVE SUPPORT ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 100-21.5 MG (caraway seed extract/levomenthol)	Nivel 1	
DRAMAMINE GINGER ORAL TABLET,CHEWABLE 15 MG (ginger root extract)	Nivel 2	
DRAMAMINE NON-DROWSY ORAL CAPSULE 500 MG (ginger)	Nivel 2	
<i>echinacea oral capsule 125 mg</i>	Nivel 2	
<i>echinacea oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>echinacea purp aerial part ext oral capsule 65 mg</i>	Nivel 2	
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL TABLET,CHEWABLE 83.3 MG (ascorbic acid/multivitamin with minerals/herbal drugs)	Nivel 2	
ESTROVEN CMPLT MENOPAUSE RLF ORAL TABLET 4 MG (rhubarb root extract)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>evening primrose oil oral capsule 1,300 mg</i>	Nivel 2	
<i>fenugreek seed oral capsule 610 mg</i>	Nivel 2	
FLASHARREST ORAL CAPSULE 96.5 MG (hops extract/spruce fir extract)	Nivel 2	
<i>flaxseed oil oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 2	
<i>gamma-aminobutyric acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	
<i>garlic extract oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>garlic extract oral tablet 400 mg</i>	Nivel 2	
<i>garlic oral capsule 1,000 mg</i>	Nivel 1	
GARLICIN CARDIO ORAL TABLET 350 MG (garlic)	Nivel 2	
GARLIX ORAL CAPSULE 650 MG (garlic extract)	Nivel 2	
<i>gelatin oral capsule 650 mg</i>	Nivel 1	
GENNAMD ORAL CAPSULE 130 MG (cranberry fruit concentrate)	Nivel 2	
<i>ginger (zingiber officinalis) oral capsule 550 mg</i>	Nivel 2	
<i>ginger root-ginger root ext oral capsule 262.5 mg</i>	Nivel 2	
<i>ginkgo biloba leaf extract oral capsule 120 mg, 125 mg</i>	Nivel 2	
GINKGO BILOBA PLUS (BACOPA) ORAL CAPSULE 120-40 MG (ginkgo biloba leaf extract/bacopa leaf extract)	Nivel 2	
GLUCOSA IMMUNE BOOSTER ORAL CAPSULE (herbal complex no.306)	Nivel 2	
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	Nivel 2	
<i>grape seed extract oral capsule 100 mg</i>	Nivel 2	
GREEN TEA-600 ORAL CAPSULE 600 MG (green tea leaf extract)	Nivel 2	
HORMONE PROTECT ORAL CAPSULE 150-30 MG (diindolylmethane/broccoli seed extract)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
HORNY GOAT WEED PLUS ORAL CAPSULE 250-125 MG (barrenwort/maca extract/herbal drugs)	Nivel 2	
JOINT COMFORT AND MOVEMENT ORAL CAPSULE 100-500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 2	
KOREAN GINSENG ORAL TABLET 1,000 MG (Panax ginseng root)	Nivel 2	
<i>licorice root (g.glabra) oral capsule 450 mg</i>	Nivel 1	
<i>maca oral capsule 525 mg</i>	Nivel 2	
MEDCAPS MENOPAUSE ORAL CAPSULE (herbal complex no.321)	Nivel 2	
<i>melatonin-pyridoxine (vit b6) oral tablet 5-1 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet extended release 5-10 mg</i>	Nivel 1	
<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6) oral tablet, ir and er, biphasic 10-10 mg, 5-10 mg</i>	Nivel 1	
MENOFEM ORAL CAPSULE (herbal complex no.323)	Nivel 2	
<i>milk thistle oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>milk thistle sd ext-blessed th oral capsule 175-120 mg</i>	Nivel 2	
<i>milk thistle seed extract oral capsule 250 mg, 87.5 mg</i>	Nivel 2	
MIND AND MEMORY ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 2	
<i>moringa oleifera oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
MYROSINASE ORAL CAPSULE 287.5 MG (mustard seed)	Nivel 2	
NEURIVA ORIGINAL ORAL CAPSULE 100-100 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 2	
NEURIVA ORIGINAL ORAL TABLET,CHEWABLE 50-50 MG (coffee extract/phosphatidyl serine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 2	
NUMOISYN MUCOUS MEMBRANE LIQUID (flaxseed)	Nivel 2	
ONCOPLEX ES ORAL CAPSULE 100 MG (broccoli seed extract)	Nivel 2	
ONCOPLEX ORAL CAPSULE 30 MG (broccoli seed extract)	Nivel 2	
ORAXINOL ORAL CAPSULE 500 MG (herbal complex no.319)	Nivel 2	
<i>oregano oil-flaxseed oil oral capsule 50-25 mg</i>	Nivel 2	
PMS SOOTHE ORAL CAPSULE (herbal complex no.327)	Nivel 2	
<i>red beet oral capsule 500 mg</i>	Nivel 2	
<i>red beet-sour cherry extract oral tablet,chewable 250-0.5 mg</i>	Nivel 2	
<i>red yeast rice extract oral capsule 55 mg</i>	Nivel 2	
<i>red yeast rice oral capsule 600 mg</i>	Nivel 2	
REMIFEMIN MENOPAUSE ORAL TABLET 2.5 MG (black cohosh root extract)	Nivel 2	
SALOXICIN ORAL CAPSULE 60-25-20 MG (willow bark ext/Boswellia serrata ext/herbal complex no. 322)	Nivel 2	
SAMBUCUS ELDERBERRY ORIGINAL ORAL SYRUP 50 MG/5 ML (elderberry fruit)	Nivel 2	
<i>saw palmetto oral capsule 450 mg, 585 mg</i>	Nivel 2	
<i>saw palmetto-zinc picolinate oral capsule 450-15 mg</i>	Nivel 2	
<i>schisandra oral capsule 580 mg</i>	Nivel 2	
SUPER ENERGY HERBAL COMPLEX ORAL TABLET 300-162.5-8 MG (guarana extract/Panax ginseng/alfalfa/herbal drugs)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNOVX RELIEF ORAL CAPSULE 500 MG (Boswellia serrata extract/turmeric root extract)	Nivel 2	
TESTOPLEX PLUS ORAL CAPSULE 250-100 MG (shilajit/Eurycoma longifolia extract)	Nivel 2	
turmeric root extract oral capsule 500 mg	Nivel 2	
turmeric root extract oral tablet 500 mg	Nivel 2	
turmeric root ext-sour cherry oral capsule 100-1,000 mg	Nivel 2	
turmeric root-ginger root ext oral tablet,chewable 150-25 mg	Nivel 2	
turmeric-ginger-black pepper oral tablet,chewable 125 mg-6 mg- 50 mcg	Nivel 2	
turmeric-turmeric ext-pepper oral capsule 500-5 mg	Nivel 2	
turmeric-turmeric root extract oral capsule 450-50 mg	Nivel 2	
valerian oral capsule 530 mg	Nivel 2	
valerian root oral capsule 450 mg, 500 mg	Nivel 2	
VIRAGRAPHIS ORAL CAPSULE 187.5-150-79.2 MG (Andrographis ext/Isatis root xt/licorice root xt)	Nivel 2	
vit c-echinacea purpurea xt oral tablet,chewable 75-3 mg	Nivel 1	
VITALVASC ORAL CAPSULE 75-250-125 MG (grape seed extract/hesperidin/olive extract)	Nivel 2	
Terapia De Gota E Hiperruricemia - Drugs For Pain And Fever		
Gota E Hiperuricemia - Combinaciones Antimióticas-Uricosúricas - Gout Drugs		
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia Aguda De Gota - Antimióticos - Gout Drugs		
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
COLCRYS ORAL TABLET 0.6 MG (colchicine)	Nivel 2	QL (4 EA per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION 0.6 MG/5 ML (colchicine)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Colchicine capsules or tablets within the past 120 days; QL (10 ML per 1 day)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Hiperuricemia - Inhibidores De Xantina Oxidasa - Gout Drugs		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (febuxostat)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Allopurinol within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
ZYLOPRIM ORAL TABLET 100 MG (allopurinol)	Nivel 2	
Urinary Ph Modifier - Alkalinizers - Gout Drugs		
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Terapia De Trastorno Cognitivo		
Rett Syndrome Agents - Glypromate (Gpe) Analogs		
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML (trofinetide)	Nivel 3	PA
Terapia De Trastorno Cognitivo - Drugs For The Nervous System		
Alzheimer's Disease Therapy - Amyloid Directed Monoclonal Antibody - Drugs For Alzheimer's Disease		
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML (lecanemab-irmb)	Nivel 3	
Diuretic - Potassium Sparing-Loop Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG (memantine HCl/donepezil HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Donepezil and Memantine within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
Gallstone Solubilizing (Litholysis) Agent Combinations - Drugs For Alzheimer's Disease		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 10 MG/24 HOUR, 5 MG/24 HOUR (donepezil HCl)	Nivel 2	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG, 5 MG (donepezil HCl)	Nivel 2	
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
EXELON PATCH TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HOUR, 9.5 MG/24 HOUR (rivastigmine)	Nivel 2	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Nivel 1	QL (30 EA per 30 days)
ZUNVEYL ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10 MG, 15 MG, 5 MG (benzgalantamine gluconate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Galantamine tablets or Galantamine ER capsules within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
Terapia De Enfermedad De Alzheimer - Antagonistas De Receptores De Nmda - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets,dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 5-10 MG (memantine HCl)	Nivel 2	QL (49 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7-14-21-28 MG (memantine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (28 EA per 28 days)
NAMENDA XR ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 7 MG (memantine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Memantine immediate release tablets within the past 120 days; QL (30 EA per 30 days)
Terapia De Trastorno Cognitivo - Vasodilatadores Cerebrales - Drugs For Alzheimer's Disease		
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Genitourinaria - Drugs For The Urinary System		
Acidificante Urinario - Inhibidor De Ureasa Bacterial - Drugs For Infections		
LITHOSTAT ORAL TABLET 250 MG (acetohydroxamic acid)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Agente Bph - Inhib De Reductasa Alfa-5 Y Comb De Antag De Adrenoceptor Alfa-1 - Drugs For The Prostate		
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days
JALYN ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 0.5-0.4 MG (dutasteride/tamsulosin HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Alfuzosin, Doxazosin, Finasteride 5mg, Prazosin, Silodosin, Tamsulosin, or Terazosin within the past 120 days
Agente De Hipertrofia Prostática - Inhibidores De Reductasa De Alfa-5 Tipo Ii - Drugs For The Prostate		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
PROSCAR ORAL TABLET 5 MG (finasteride)	Nivel 2	
Agentes De Cistitis Intersticial - Drugs For The Urinary System		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (pentosan polysulfate sodium)	Nivel 2	
Agentes De Hipertrofia Prostática-Inhibidores De Reductasa Alfa-5 Tipo I Y Ii - Drugs For The Prostate		
AVODART ORAL CAPSULE 0.5 MG (dutasteride)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	
Alpha-1 Blockers-Serotonin (5-Ht-2) Antagonists - Drugs For The Urinary System		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
Antacid - Aluminum - Drugs For Infections		
<i>phenazopyridine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
PYRIDIDIUM ORAL TABLET 100 MG, 200 MG (phenazopyridine HCl)	Nivel 2	
Antacid - Antacid Combinations - Drugs For The Prostate		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	
FLOMAX ORAL CAPSULE 0.4 MG (tamsulosin HCl)	Nivel 2	
RAPAFLO ORAL CAPSULE 4 MG, 8 MG (silodosin)	Nivel 2	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1	
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 10 MG (alfuzosin HCl)	Nivel 2	
Antacid - Bicarbonate - Drugs For The Urinary System		
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 3	
PROCYSBI ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 25 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 3	PA
PROCYSBI ORAL GRANULES DEL RELEASE IN PACKET 300 MG, 75 MG (cysteamine bitartrate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacid - Calcium - Drugs For The Urinary System		
THIOLA EC ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG (tiopronin)	Nivel 3	
THIOLA ORAL TABLET 100 MG (tiopronin)	Nivel 3	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	Nivel 3	
<i>tiopronin oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 3	
tiopronin (Venxxiva Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec) 100 Mg, 300 Mg)	Nivel 3	
Antacid - Magnesium - Drugs For The Urinary System		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1	
GLYCINE UROLOGIC IRRIGATION SOLUTION 1.5 % (glycine urologic solution)	Nivel 2	
<i>glycine urologic solution irrigation solution 1.5 %</i>	Nivel 1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION 1980.6 MG-59.4 MG-980.4MG/30ML (citric acid/gluconolactone/magnesium carbonate)	Nivel 2	
<i>sorbitol irrigation solution 3 %</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol-mannitol transurethral solution 2.7-0.54 gram/100 ml</i>	Nivel 1	
Antacid Combinations - Drugs For The Urinary System		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antacids And Combinations - Drugs For Infections		
CITRATABS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 7.5 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 2	
LITHOLYTE ORAL POWDER IN PACKET 15 MEQ (magnesium citrate/potassium citrate)	Nivel 2	
ORACIT ORAL SOLUTION 490-640 MG/5 ML (citric acid/sodium citrate)	Nivel 2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution 1,100-334 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>sodium citrate-citric acid oral solution 490-640 mg/5 ml, 500-334 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
TRICITRATES ORAL SOLUTION 550-500-334 MG/5 ML (sodium/potassium/potassium citrate/sodium citrate/cit ac)	Nivel 1	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ (1,080 MG) (potassium citrate)	Nivel 2	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ (potassium citrate)	Nivel 2	
Antibacteriales Urinarios - Derivados De Nitrofuranos - Drugs For Infections		
FURADANTIN ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (nitrofurantoin)	Nivel 2	PA
MACROBID ORAL CAPSULE 100 MG (nitrofurantoin monohydrate/macrocystals)	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 EA per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1	PA
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
Antibacteriales Urinarios - Metenamina Y Sales - Drugs For Infections		
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1	
<i>methenamine mandelate oral tablet 0.5 gram, 1 gram</i>	Nivel 1	
UROQID-ACID NO.2 ORAL TABLET 500-500 MG (methenamine mandelate/sodium phosphate,monobasic)	Nivel 2	
Antibacteriales Urinarios Otros - Drugs For Infections		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET 3 GRAM (fosfomycin tromethamine)	Nivel 2	
Antidiarrheal Antiperistaltic-Anticholinergic Combinations - Drugs For Infections		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET 305-700 MG (sodium phosphate,monobasic/potassium phosphate,monobasic)	Nivel 2	
K-PHOS ORIGINAL ORAL TABLET,SOLUBLE 500 MG (potassium phosphate,monobasic)	Nivel 2	
WES-PHOS 250 NEUTRAL ORAL TABLET 250 MG (sodium phosphate,dibasic/pot phos,monob/sod phosphate mono)	Nivel 1	
Antiespasmódico Urinario - Anticol., Selectivo Muscarínico M(3) (Vejiga) - Drugs For The Bladder		
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION 1 MG/ML (solifenacin succinate)	Nivel 2	
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (solifenacin succinate)	Nivel 2	
Antiespasmódico Urinario - Anticolinérgicos, No-Selectivos - Drugs For The Bladder		
ANASPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
ED-SPAZ ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral drops 0.125 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral elixir 0.125 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr 0.375 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet,disintegrating 0.125 mg</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate sublingual tablet 0.125 mg</i>	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL DROPS 0.125 MG/ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
HYOSYNE ORAL ELIXIR 0.125 MG/5 ML (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
LEVBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
LEVSIN/SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
NULEV ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
OSCIMIN ORAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
OSCIMIN SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 1	
SYMAX DUOTAB ORAL TABLET,EXT RELEASE MULTIPHASE 0.125 MG-0.25 MG (0.375 MG) (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX FASTABS ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SL SUBLINGUAL TABLET 0.125 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
SYMAX-SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 0.375 MG (hyoscyamine sulfate)	Nivel 2	
Antiespasmódico Urinario - Relajantes Musculares Suaves - Drugs For The Bladder		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 3.9 MG/24 HR (oxybutynin)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG (fesoterodine fumarate)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	Nivel 1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	
Bph Agent- 5-Alpha-Reductase And Phosphodiesterase-5 (Pde5) Inhibitors - Drugs For The Prostate		
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG (finasteride/tadalafil)	Nivel 2	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
<i>methen-sod phos-meth blue-hyos oral tablet 81.6-40.8-0.12 mg</i>	Nivel 1	
UROGESIC-BLUE ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 1	
URYL ORAL TABLET 81.6-40.8-0.12 MG (methenamine/sod phosph, monobasic/methylene blue/hyoscyamine)	Nivel 2	
Combinaciones De Metenamina-Antiespasmódicos-Analgésicos De Antiinfecciosos Urinarios - Drugs For Infections		
URELLE ORAL TABLET 81-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
URETRON D-S ORAL TABLET 81.6-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIBEL TABS ORAL TABLET 81.6-0.12-10.8 MG (methenamine/methylene blue/benzoic acid/salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIMAR-T ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URIMAR-T ORAL TABLET 120-10.8-0.12 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URNEVA ORAL CAPSULE 120-10.8-40.8 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	
URO-MP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 1	
URO-SP ORAL CAPSULE 118-10-40.8-36 MG (methenamine/methylene blue/sod phos/p.salicylate/hyoscyamine)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Elastase Inhibitors - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	Nivel 1	
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
FOSRENOL ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (3 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
FOSRENOL ORAL TABLET,CHEWABLE 1,000 MG, 500 MG, 750 MG (lanthanum carbonate)	Nivel 2	
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	
REVELA ORAL POWDER IN PACKET 0.8 GRAM, 2.4 GRAM (sevelamer carbonate)	Nivel 2	
REVELA ORAL TABLET 800 MG (sevelamer carbonate)	Nivel 2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Enfermedad Renal Poliquística - Antagonistas De Receptor De Vasopresina V2 - Drugs For The Urinary System		
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	Nivel 3	PA
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) (tolvaptan)	Nivel 3	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg</i>	Nivel 3	QL (30 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 30 mg</i>	Nivel 3	QL (60 EA per 365 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i>	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Enlaces De Fosfato - Con Base De Hierro - Drugs For The Urinary System		
AURYXIA ORAL TABLET 210 MG IRON (ferric citrate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
<i>ferric citrate oral tablet 210 mg iron</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescriptions for Velphoro and one of the following: generic Sevelamer HCL, Sevelamer Carbonate, Calcium Acetate, or Lanthanum Carbonate within the past 365 days; QL (12 EA per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG (sucroferric oxyhydroxide)	Nivel 2	QL (6 EA per 1 day)
Oxalosis Agent - Oxalate Inhibitor, Small Interfering Rna Directed - Drugs For The Urinary System		
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) (nedosiran sodium)	Nivel 3	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML (nedosiran sodium)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Penicillin Antibiotic Combinations Other - Drugs For The Bladder		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG (vibegron)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Myrbetriq and Oxybutynin IR/XR within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 8 MG/ML (mirabegron)	Nivel 2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
Polymyxins And Derivative Combinations - Drugs For The Prostate		
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (tadalafil)	Nivel 2	PA; SG; QL (1 EA per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; SG; QL (1 EA per 1 day)
Terapia De Retención Urinaria - Agentes Parasimpatomiméticos - Drugs For The Bladder		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
Terapia Para Trastorno Alimentario		
Anti-Obesity - Dual Gip And Glp-1 Receptor Agonists		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML (tirzepatide)	Nivel 2	PA; SG; QL (2 ML per 28 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Treatment Of Hyperphagia In Prader-Willi Syndrome (Pws)		
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 25 MG, 75 MG (diazoxide choline)	Nivel 3	PA
Terapia Para Trastorno Alimentario - Drugs For Eating Disorders		
Anthelmintic Benzimidazole Derivative Combinations - Drugs For Eating Disorders		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8-90 MG (naltrexone HCl/bupropion HCl)	Nivel 2	PA; SG
Cephalosporin Antibiotic Combinations Other - Drugs For Eating Disorders		
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Megestrol Acetate within the past 120 days
Choleretics - Drugs For Eating Disorders		
<i>benzphetamine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	SG
<i>diethylpropion oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	SG
<i>diethylpropion oral tablet extended release 75 mg</i>	Nivel 1	SG
phentermine HCl (Lomaira Oral Tablet 8 Mg)	Nivel 1	SG
<i>phendimetrazine tartrate oral capsule, extended release 105 mg</i>	Nivel 1	SG
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	SG

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phentermine oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	SG
<i>phentermine oral tablet 37.5 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	SG
Digestive Enzymes - Drugs For Eating Disorders		
<i>phentermine-topiramate oral capsule, er multiphase 24 hr 11.25-69 mg, 15-92 mg, 3.75-23 mg, 7.5-46 mg</i>	Nivel 1	PA; SG
QSYMIA ORAL CAPSULE, ER MULTIPHASE 24 HR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG (phentermine HCl/topiramate)	Nivel 2	PA; SG
Estimulantes De Apetito - Canabinoides - Drugs For Eating Disorders		
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (dronabinol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML (dronabinol)	Nivel 2	QL (60 ML per 30 days)
Gastric Acidifiers - Drugs For Eating Disorders		
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	Nivel 1	PA; SG
General Anesthetic - Parenteral, Phenol Derivatives - Drugs For Eating Disorders		
PLENITY (WELCOME KIT) ORAL CAPSULE 0.75 GRAM (carboxymethylcellulose/citric acid)	Nivel 2	PA; SG
PLENITY ORAL CAPSULE 0.75 GRAM (carboxymethylcellulose/citric acid)	Nivel 2	PA; SG
Influenza-A Agent Combinations - Drugs For Eating Disorders		
<i>liraglutide (weight loss) subcutaneous pen injector 3 mg/0.5 ml (18 mg/3 ml)</i>	Nivel 1	PA; SG

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML (semaglutide)	Nivel 2	PA; SG; QL (2 ML per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML (semaglutide)	Nivel 2	PA; SG; QL (3 ML per 28 days)
Melanocortin 4 (Mc4) Receptor Agonist - Drugs For Eating Disorders		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (setmelanotide acetate)	Nivel 3	PA; SG
Thyroid Therapy		
Metabolic Modifier - Neimann Pick Disease Type C (Npc)		
AQNEURSA ORAL GRANULES IN PACKET 1 GRAM (levacetylleucine)	Nivel 3	PA
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG (arimoclomol citrate)	Nivel 3	PA
Metabolic Modifier - Pompe Disease - Gcs Inhibitor		
OPFOLDA ORAL CAPSULE 65 MG (miglustat)	Nivel 3	PA
Thyroid Therapy - Drugs That Alter Metabolism		
Agentes De Tratamiento De Fenilquetonuria (Pku) - Cofactor De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Powder In Packet 100 Mg, 500 Mg)	Nivel 3	
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet, Soluble 100 Mg)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
KUVAN ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 3	
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE 100 MG (sapropterin dihydrochloride)	Nivel 3	
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 3	
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	Nivel 3	
SEPHIENCE ORAL POWDER IN PACKET 1,000 MG, 250 MG (sepiapterin)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Fenilketonuria (Pku) - Liasa De Fenilalaninade Hidroxilasa - Drugs That Alter Metabolism		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz)	Nivel 3	PA
Agentes De Tratamiento De Hiperparatiroides - De Tipo Análogo De Vitamina D - Drugs That Alter Metabolism		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Nivel 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG (calcifediol)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ROCALTROL ORAL SOLUTION 1 MCG/ML (calcitriol)	Nivel 2	
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG (paricalcitol)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

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)	Nivel 3	PA
Metabolic Modifier - Phosphatidylinositol-3-Kinase (Pi3k) Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
JOENJA ORAL TABLET 70 MG (leniolisib phosphate)	Nivel 3	PA
VIJOICE ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG (alpelisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
VIJOICE ORAL TABLET 125 MG, 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 50 MG (alpelisib)	Nivel 3	PA; COST SHARE NOT TO EXCEED \$200 PER 30-DAY SUPPLY
Modificador Metabólico - Activador De Carbamil Fosfato Sintetasa 1 (Cps 1) - Drugs That Alter Metabolism		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	Nivel 3	PA
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Trastorno De Cicle De Urea - Agentes Conjugantes - Drugs That Alter Metabolism		
BUPHENYL ORAL POWDER 0.94 GRAM/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
BUPHENYL ORAL TABLET 500 MG (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
OLPRUVA ORAL PELLETS IN PACKET 2 GRAM, 3 GRAM, 4 GRAM, 5 GRAM, 6 GRAM, 6.67 GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
PHEBURANE ORAL GRANULES 483 MG/GRAM (sodium phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	Nivel 3	PA
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	Nivel 3	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Agentes De Tratamiento De Tirosinemia Hereditaria - Drugs That Alter Metabolism		
HARLIKU ORAL TABLET 2 MG (nitisinone)	Nivel 3	PA
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	Nivel 3	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 3	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG (nitisinone)	Nivel 3	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (nitisinone)	Nivel 3	PA
Modificador Metabólico - Enfermedad De Gaucher, Tipo 1, Tx De Reducción De Sustrato - Drugs That Alter Metabolism		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (eliglustat tartrate)	Nivel 3	
miglustat oral capsule 100 mg	Nivel 3	PA
miglustat (Yargesa Oral Capsule 100 Mg)	Nivel 3	PA
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG (miglustat)	Nivel 3	PA

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Nsaid Analgesic, Cyclooxygenase-2 (Cox-2) Selective Inhibitors - Drugs That Alter Metabolism		
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (cobicistat)	Nivel 2	
Progeria Syndrome Treatment Agents - Farnyltransferase Inhibitor - Drugs That Alter Metabolism		
ZOKINVY ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (lonafarnib)	Nivel 3	PA
Terapia Farmacológica De Acompañante - Estabilizador De Enzima Alfa-Galactosidasa A - Drugs That Alter Metabolism		
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG (migalastat HCl)	Nivel 3	PA
Thyroid Hormone Combinations - Synthetic T3 And T4 - Drugs That Alter Metabolism		
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 3	PA
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/SCOOP (betaine)	Nivel 3	PA
Thyroid Hormones And Combinations - Drugs That Alter Metabolism		
CARNITOR (SUGAR-FREE) ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine)	Nivel 2	
CARNITOR ORAL SOLUTION 100 MG/ML (levocarnitine (with sugar))	Nivel 2	
CARNITOR ORAL TABLET 330 MG (levocarnitine)	Nivel 2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Vitamins - E		
Ophthalmic - Adrenergic-Carbonic Anhydrase Inhib-Prostaglandin Analog		
<i>brimonidine-dorzol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Ophthalmic - Trpm8 Agonist		
TRYPTYR OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.003 % (acoltremon)	Nivel 2	PA
Ophthalmic Antiparasitics		
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (lotilaner)	Nivel 3	PA
Vitamins - E - Drugs For The Eye		
Anthelmintic Agents Other - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1-0.5-2.5-0.5 % (tropicamide/proparacaine/phenylephrine/ketorolac in water)	Nivel 1	
Antiarrhythmic - Class Iv - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>moxifloxacin-bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Aminoglicósidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (tobramycin)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Fluoroquinolonas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 % (besifloxacin HCl)	Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 % (ciprofloxacin HCl)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %</i>	Nivel 1	
OCUFLOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.3 % (ofloxacin)	Nivel 2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1	
VIGAMOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (moxifloxacin HCl)	Nivel 2	
Antibiótico Oftálmico - Inhibidores De Deshidropeptidasa - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1	
Antibiótico Oftálmico - Macrólidos - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
AZASITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1 % (azithromycin)	Nivel 2	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Antibiótico Oftálmico - Vancomicina Y Derivados - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Antifúngicos Oftálmico - Tipo Tetraeno Poliénico - Drugs For The Eye		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 2	
Antipsychotic - Diphenylbutylpiperidine Derivatives - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 0.15-2 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine-dorzolamide ophthalmic (eye) drops 0.1-2 %</i>	Nivel 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide/brimonidine tartrate)	Nivel 2	
Antis+Epticos Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC (EYE) SOLUTION 5 % (povidone-iodine)	Nivel 2	
<i>povidone-iodine ophthalmic (eye) solution 5 %</i>	Nivel 1	
Antivirales Oftálmicos - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % (ganciclovir)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for oral Acyclovir, Famciclovir, or Valacyclovir within the past 120 days

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
B-Complex Vitamins And Combinations - Drugs For Glaucoma		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1	
Beta Blockers Non-Cardiac Select., Intrinsic Sympathomimetic Activity - Drugs For The Eye		
<i>mitomycin (pf) in water ophthalmic (eye) syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/ml</i>	Nivel 3	
MITOSOL OPHTHALMIC (EYE) KIT 0.2 MG (mitomycin)	Nivel 2	
Brewers Yeast - Drugs For Glaucoma		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.125 % (echothiophate iodide)	Nivel 3	
Combinaciones Midriáticas Y Cicloplégicas - Drugs For The Eye		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-1 % (cyclopentolate HCl/phenylephrine HCl)	Nivel 2	
<i>cyclophen-tropic-phenyleph-watr ophthalmic (eye) drops 1-1-2.5 %</i>	Nivel 2	
<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-10 %- 0.5 %, 1 %-1 %-2.5 %- 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-wat ophthalmic (eye) drops 1 %-1 %-0.1 %- 2.5 %-0.4 %</i>	Nivel 1	
MYDCOMBI OPHTHALMIC (EYE) CARTRIDGE 2.5-1 % (phenylephrine HCl/tropicamide)	Nivel 2	
<i>phenyleph-tropicamide in water ophthalmic (eye) drops 2.5-1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Lagrmas Artificiales Y Agre De Único Lubricante - Drugs For The Eye		
KLARITY (CHONDROITIN) (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % (chondroitin sulfate A sodium/PF)	Nivel 2	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 % (perfluorohexyloctane/PF)	Nivel 2	
Mezclas Antibacteriales Oftálmicas - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin/polymyxin B (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit-Unit/G)	Nivel 1	
bacitracin/polymyxin B sulfate (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment 500-10,000 Unit/Gram)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-vancomycin ophthalmic (eye) drops 1.5-5 %</i>	Nivel 1	
Multivitamins - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
ACULAR LS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.4 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 2	
ACULAR OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (ketorolac tromethamine)	Nivel 2	QL (20 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
ACUVAIL (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.45 % (ketorolac tromethamine/PF)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (60 EA per 15 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3.4 ML per 16 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 % (bromfenac sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (5 ML per 16 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % (nepafenac)	Nivel 2	QL (3.4 ML per 16 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (nepafenac)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Ilevro 0.3% and one of the following: Diclofenac 0.1% or Ketorolac 0.5% within the past 365 days; QL (9 ML per 16 days)
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 % (bromfenac sodium)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Ketorolac or Diclofenac ophthalmic drops within the past 120 days; QL (3 ML per 16 days)
Oftálmico - Agentes De Diagnósticos - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
<i>fluorescein-proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.25-0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Agentes De Reducción De Presión Intraocular, Bloqueadores Beta - Drugs For Glaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
BETIMOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %, 0.5 % (timolol)	Nivel 2	
BETOPTIC S OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (betaxolol HCl)	Nivel 2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
ISTALOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS, ONCE DAILY 0.5 % (timolol maleate)	Nivel 2	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (2 EA per 1 day)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops, once daily 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.25 %, 0.5 % (timolol maleate/PF)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
Oftálmico - Agentes Para Entrecruzamiento De Colágeno Corneal - Drugs For The Eye		
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT OPHTHALMIC (EYE) COMBO, DROPS AND DROPS VISCOUS 0.146 % -0.146 % (riboflavin 5-phosphate sodium in 20 % dextran)	Nivel 3	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos

Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Agentes Viscoelástico - Drugs For The Eye		
AMVISC INTRAOCULAR SYRINGE 12 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SYRINGE 16 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
BIOLON INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SYRINGE 18 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
HEALON PRO INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SYRINGE 23 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
PROVISC INTRAOCULAR SYRINGE 10 MG/ML (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
TOTALVISC INTRAOCULAR SYRINGE 2.5 % (1 ML) 1 % (1 ML) (hyaluronate sodium)	Nivel 2	
Oftálmico - Anestesia Local, Amidas - Drugs For The Eye		
AKTEN (PF) OPHTHALMIC (EYE) GEL 3.5 % (lidocaine HCl/PF)	Nivel 2	
Oftálmico - Anticolinérgicos - Drugs For The Eye		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
<i>atropine sulfate (pf) ophthalmic (eye) dropperette 1 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
cyclopentolate HCl (Cyclogyl Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %, 1 %, 2 %)	Nivel 2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	
HOMATROPAIRE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 5 % (homatropine Hbr)	Nivel 1	
tropicamide (Mydriacyl Ophthalmic (Eye) Drops 1 %)	Nivel 2	
<i>tropicamide ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Antihistamínicos - Drugs For Itchy Eye		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (12 ML per 30 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.5 % (bepotastine besilate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for a generic ophthalmic antihistamine (Azelastine, Epinastine, or Olopatadine) within the past 120 days; QL (10 ML per 30 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1	QL (3 ML per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 % (cetirizine HCl)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Antiinflamatorios, Antagonistas De Lfa-1 - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % (lifitegrast)	Nivel 2	QL (60 EA per 30 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
ALREX OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>clobetasol ophthalmic (eye) drops,suspension 0.05 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (3.5 ML per 14 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 14 days)
DEXTENZA INTRACANALICULAR INSERT 0.4 MG (dexamethasone)	Nivel 2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
DUREZOL OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (difluprednate)	Nivel 2	QL (10 ML per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	PA
FLAREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone acetate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (15 ML per 14 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 14 days)
FML FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % (fluorometholone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (fluorometholone)	Nivel 2	QL (10 ML per 14 days)
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (5.6 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (20 ML per 14 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (7 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % (loteprednol etabonate)	Nivel 2	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (10 ML per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.1 % (dexamethasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (25 ML per 14 days)
PRED FORTE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (prednisolone acetate)	Nivel 2	QL (20 ML per 14 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
 | Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
 SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
PRED MILD OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.12 % (prednisolone acetate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Fluorometholone 0.1%, Dexamethasone 0.1%, or Prednisolone 1% within the past 120 days; QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate (pf) ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 ML per 14 days)
Oftálmico - Antiinflamatorios, Inmunomoduladores - Anti-Infective/Anti-Inflammatory		
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 % (cyclosporine)	Nivel 2	ST: At least 2 prior prescriptions for Cyclosporine/Restasis, Miebo, Tyrvaya, or Xiidra within the past 365 days; QL (60 EA per 30 days)
CYCLOSPORINE IN KLARITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1-0.25 % (cyclosporine/chondroitin sulfate A sodium)	Nivel 1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 2	QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	Nivel 1	QL (60 EA per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
VERKAZIA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 2	PA
VEVYE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 % (cyclosporine)	Nivel 2	PA
Oftálmico - Ayudas Quirúrgicas Otros - Drugs For The Eye		
GELFILM OPHTHALMIC (EYE) FILM (gelatin)	Nivel 2	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timol-brimon-dorzol-bimato(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %-0.15 %- 2 %-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimon-dorzol-bimatop ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-brimonidine-dorzolamid ophthalmic (eye) drops 0.5-0.1-2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Bloqueador Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-dorzolam-bimatopro(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
<i>timolol-dorzolamide-bimatopros ophthalmic (eye) drops 0.5-2-0.01 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Comb Bloqueador Beta-Adrenérgico-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-brimonidi-dorzolam(pf) ophthalmic (eye) drops 0.5-0.15-2 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides - Anti-Infective/Anti-Inflammatoryes		
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 10-0.2 % (sulfacetamide sodium/prednisolone acetate)	Nivel 2	
MAXITROL OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 3.5MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1 % (neomycin/polymyxin B sulfate/dexamethasone)	Nivel 2	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1	
neomycin sulfate/bacitracin zinc/polymyxin B/hydrocortisone (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment 3.5-400-10,000 Mg-Unit/G-1%)	Nivel 1	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.6 % (gentamicin sulfate/prednisolone acetate)	Nivel 2	
<i>prednisolone sod ph-moxiflox ophthalmic (eye) drops 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxifloxacin hcl ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
TOBRADEX ST OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin/dexamethasone)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic ophthalmic Tobramycin/Dexamethasone drops within the past 120 days
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % (tobramycin/loteprednol etabonate)	Nivel 2	
Oftálmico - Combinaciones Antibacteriales-Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflo-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflox-bromfen ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.5-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone-moxiflox-ketorolac ophthalmic (eye) drops 1-0.5-0.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	Nivel 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 % (brimonidine tartrate/timolol maleate)	Nivel 2	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Bloqueadores Beta-Inhibidor De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
COSOPT (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 2-0.5 % (dorzolamide HCl/timolol maleate/PF)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
COSOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS 22.3-6.8 MG/ML (dorzolamide HCl/timolol maleate)	Nivel 2	
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	Nivel 1	ST: Requires prior prescription for Dorzolamide/Timolol within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
ALTAFLUOR BENOX OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25-0.4 % (benoxinate HCl/fluorescein sodium)	Nivel 1	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic (eye) drops 0.3-0.4 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Combinaciones De Bloqueadores Beta-Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>timolol-bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.5-0.01 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Combinaciones Glucocorticoides-Nsaid - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>prednisolone acetate-bromfenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone acetate-nepafenac ophthalmic (eye) drops,suspension 1-0.1 %</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sod ph-bromfenac ophthalmic (eye) drops 1-0.075 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Descongestivos - Drugs For Itchy Eye		
<i>phenylephrine hcl ophthalmic (eye) drops 10 %, 2.5 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico - Estabilizadores De Mastocitos - Drugs For Itchy Eye		
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Nivel 1	QL (50 ML per 30 days)
Oftálmico - Ésteres De Anestesia Local - Drugs For The Eye		
<i>proparacaine HCl (Alcaine Ophthalmic (Eye) Drops 0.5 %)</i>	Nivel 1	
<i>ALTACAINE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.5 % (tetracaine HCl)</i>	Nivel 1	
<i>IHEEZO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE,GEL 3 % (chloroprocaine HCl/PF)</i>	Nivel 2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl (pf) ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>tetracaine hcl ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico - Facto De Crecimiento De Nervio Humano (Hngf) - Drugs For The Eye		
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 % (cenegermin-bkbj)	Nivel 3	PA
Oftálmico - Inhibidor De Quinasa De Rho Y Combinación De Análogo De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % (netarsudil mesylate/latanoprost)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Brimonidine 0.2%, Combigan, Lumigan 0.01%, Simbrinza, or Travatan Z within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
Oftálmico - Inhibidores De Anhidrasa Carbónica - Drugs For Glaucoma		
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	Nivel 2	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide (pf) ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1	
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Análogos De Prostaglandina - Drugs For Glaucoma		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1	QL (1 ML per 12 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
IYUZEH (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.005 % (latanoprost/PF)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (1 EA per 1 day)
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % (bimatoprost)	Nivel 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	Nivel 1	QL (1 EA per 1 day)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.004 % (travoprost)	Nivel 2	QL (2.5 ML per 25 days)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	Nivel 1	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % (latanoprostene bunod)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.005 % (latanoprost)	Nivel 2	
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 % (latanoprost)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for a generic prostaglandin analog and Lumigan within the past 365 days; QL (2.5 ML per 25 days)
ZIOPTAN (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.0015 % (tafluprost/PF)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo

| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad

SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
Oftálmico-Agentes Reductores De Presión Intraocular, Inhibidores De Quinasa De Rho - Drugs For Glaucoma		
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % (netarsudil mesylate)	Nivel 2	ST: Requires prior prescriptions for Latanoprost and one of the following: Alphagan P 0.1%, Azopt, Combigan, Lumigan 0.01%, Travatan Z, or Simbrinza within the past 365 days; QL (2.5 ML per 30 days)
Oftálmico-Presión Intraocular Reductor, Sel. Agonistas Alfa Adrenérgicos - Drugs For Glaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %, 0.15 % (brimonidine tartrate)	Nivel 2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	Nivel 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1 % (apraclonidine HCl)	Nivel 2	
Ophthalmic - Adrenergic Receptor Agonist - Drugs For The Eye		
UPNEEQ (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.1 % (oxymetazoline HCl/PF)	Nivel 2	PA
Ophthalmic - Agents For Presbyopia - Drugs For The Eye		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1.25 %</i>	Nivel 1	QL (10 ML per 30 days)

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso
QLOSI OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.4 % (pilocarpine HCl)	Nivel 2	ST: Requires prior prescription for generic Pilocarpine Ophthalmic solution within the past 120 days; QL (2 EA per 1 day)
VIZZ OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 1.44 % (aceclidine HCl)	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VUITY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 1.25 % (pilocarpine HCl)	Nivel 2	QL (10 ML per 30 days)
Peptic Ulcer - H. Pylori Agents - Drugs For The Eye		
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 % (cysteamine HCl)	Nivel 3	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 % (cysteamine HCl)	Nivel 3	PA
Vitamin Combinations - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % (natamycin)	Nivel 2	
Vitamins - Bioflavonoids - Anti-Infective/Anti-Inflammatories		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1	

Nivel 0 = Medicamentos Preventivos requeridos bajo la Ley de Cuidados Asequibles sin ningún costo
| Nivel 1 = Medicamentos Genéricos | Nivel 2 = Medicamentos de Marcas | Nivel 3 = Medicamentos Especiales

DME = Otros artículos de farmacia y ciertos DME

PA = Autorización Previa | ST = Terapia Escalonada | QL = Límite de Cantidad | Age = Edad
SG = Medicamentos de Pérdida de Peso & Medicamentos de Disfunción Sexual Cubiertos bajo el Plan PPO de Grupo Pequeño solamente

La lista categórica de medicamentos en este Formulario agrupa los medicamentos en categorías de medicamentos y tipo basado en First National Databank (FDB).

Este Formulario de Medicamentos fue actualizado en: 01/01/2026

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS..... 644, 779	ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS.....706, 780	ACTICOAT FLEX 3 DRESSING.....520
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....644, 779	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 669, 780	ACTICOAT FLEX 7 DRESSING.....520
2-IN-1 LANCET DEVICE 668, 779	ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS..... 669, 781	ACTIFLOVIT.....302
2TEK CONTROL (HIGH- NORMAL).....669, 779	ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL.....669, 781	ACTI-LANCE LANCETS 669, 781
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE.....669, 703, 779	ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP.....706, 781	ACTIMMUNE..... 1
A.I.R.S. NEBULIZER REPLACEMENT.....752, 779	ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS.....669, 781	<i>activated charcoal</i> 45
A-25 (VIT A PALMITATE)....301	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....669, 781	ACTIVELLA.....477
<i>abacavir</i> 22	ACCUPRIL.....240	ACTIVNUTRIENTS.....320
<i>abacavir-lamivudine</i> 19	ACCURETIC.....238	ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....320
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S.....320	Accutane.....609	ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE.....320
ABENOR.....588	ACCUTREND GLUCOSE CONTROL.....669, 781	ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN.....320
ABENOR HP.....588	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS.....706, 781	ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE.....320
Abigale.....477	ACD SOLUTION A.....261	ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON).....321
Abigale Lo.....477	ACD-A.....261	ACTONEL.....481
ABILIFY.....374, 407	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....752, 781	ACTOPLUS MET.....473
<i>abiraterone</i> 173, 178	<i>acebutolol</i> 243	ACTOS.....484
Abirtega.....173, 178	ACESO AG.....519	ACUICYN.....582
ABLYSINOL.....206	<i>acetaminophen-caff-</i> <i>dihydrocod</i> 123, 138	ACULAR.....965
ABRYSVO (PF).....342	<i>acetaminophen-codeine</i> 144	ACULAR LS.....965
ABSORICA LD.....609	<i>acetazolamide</i> 208	ACUVAIL (PF).....966
ACAI BERRY DIET.....930	<i>acetic acid</i> 766, 943	<i>acyclovir</i> 15, 513
<i>acamprosate</i> 367	<i>acetylcysteine</i> 107, 201	ACZONE.....589
ACANYA.....597	ACIDOPHILUS PROBIOTIC BLEND.....68	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....346
<i>acarbose</i> 484	ACIDOPHILUS-PECTIN.....56	ADAINZOXIA.....604
ACCOLATE.....101	<i>acidophilus-pectin, citrus</i> 68	<i>adalimumab-adaz</i> ..64, 113, 146
ACCRUFER.....290	ACIOXIA.....545	ADALINA.....518
ACCUCAINE KIT.....149, 545	ACIOXIAY.....589	<i>adapalene</i> 606, 607
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN.....669, 780	ACIPHEX.....51	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> 604
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP.....705, 780	ACIPHEX SPRINKLE.....51	ADASUVE.....408
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM.....669, 780	<i>acitretin</i> 527	ADBRY.....522
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV.....669, 780	ACTEMRA.....140	ADCIRCA.....206
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER.....669, 780	ACTEMRA ACTPEN.....140	Adderall.....380, 421, 431
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL.....669, 780	ACTHAR.....462	ADDERALL XR 421, 422, 431, 432
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR.....669, 780	ACTHAR SELFJECT.....462	<i>adefovir</i> 35
	ACTICOAT 7 DRESSING...519	ADEINZDE.....601
	ACTICOAT DRESSING.....519	ADEK GUMMIES PLUS ZINC.....311
		ADEMPAS.....232
		ADENO-HYDROXO B12.....288

ADERMICA.....	601	ADVOCATE PEN NEEDLE	644, 782	AFLURIA 2025-2026 (3YR	UP)(PF).....	354
ADERMICA HP.....	601	ADVOCATE REDI-CODE		AFLURIA 2025-2026 (6MO	UP).....	354
ADJUSTABLE LANCING		PLUS.....	670, 707, 783	AFREZZA.....		500
DEVICE.....	669, 782	ADVOCATE REDI-CODE		AFSTYLA.....		259
ADLARITY.....	938	PLUS CTRL L.....	670, 783	AFTER PILL.....	180, 181	
ADMELOG SOLOSTAR U-		ADVOCATE REDI-CODE+		AFTERA.....	180, 182	
100 INSULIN.....	465	CTRL HIGH.....	670, 783	AGAMATRIX AMP TEST		
ADMELOG U-100 INSULIN		ADVOCATE SYRINGES		STRIPS.....	707, 785	
LISPRO.....	465	.....	644, 783	AGAMATRIX CONTROL		
ADMIRAZOL.....	596	ADYNOVATE.....	258	SOLN-HIGH.....	670, 785	
ADMIRAZOL HP.....	596	ADZENYS XR-ODT....	422, 432	AGAMATRIX CONTROL		
ADTHYZA.....	493	AEROBIKA OSCILLATING		SOLN-NORMAL.....	670, 785	
ADULT 50 PLUS EYE		PEP SYSTM.....	752, 783	AGAMATRIX CONTROL		
HEALTH.....	321, 927	AEROCHAMBER		SOLN-NORM-HI.....	670, 785	
ADULT 50 PLUS		MECHANICAL VENT..	752, 783	AGAMATRIX JAZZ TEST		
PROBIOTIC.....	68	AEROCHAMBER MINI	752, 783	STRIPS.....	708, 785	
ADULT ASPIRIN REGIMEN		AEROCHAMBER MV..	753, 783	AGAMATRIX JAZZ		
.....	128, 256	AEROCHAMBER PLUS		WIRELESS 2 MNTR....	670, 785	
ADULT LOW DOSE		FLOW-VU.....	753, 784	AGAMATRIX PRESTO		
ASPIRIN.....	129, 256	AEROCHAMBER PLUS		SYSTEM.....	670, 785	
ADULT MULTIVITAMIN		FLOW-VU,L MSK.....	753, 784	AGAMATRIX PRESTO		
GUMMIES.....	321	AEROCHAMBER PLUS		TEST STRIPS.....	708, 786	
ADULTS 50 PLUS.....	321	FLOW-VU,M MSK.....	753, 784	AGAMATRIX ULTRA-THIN		
ADULTS MULTIVITAMIN....	321	AEROCHAMBER PLUS		LANCET.....	670, 786	
ADVAIR DISKUS.....	110	FLOW-VU,S MSK.....	753, 784	AGAMREE.....	488	
ADVAIR HFA.....	110	AEROCHAMBER PLUS Z		AGRYLIN.....	265	
ADVANCE PLUS		STAT.....	753, 784	AIMOVIG AUTOINJECTOR	446	
INTERMITTENT.....	641, 782	AEROCHAMBER PLUS Z		AIMSCO LATEX CONDOM		
ADVANCED ALLERGY		STAT LG MSK.....	753, 784	.....	614, 786	
COLLECT KIT.....	550	AEROCHAMBER PLUS Z		AIRDUO RESPIClick.....	110	
ADVANCED ALL-IN-ONE		STAT MD MSK.....	753, 784	AIRS ADULT AEROSOL		
METER.....	670, 782	AEROCHAMBER PLUS Z		MASK.....	753, 786	
ADVANCED GLUC METER		STAT SM MSK.....	753, 784	AIRS DISPOSABLE		
TEST STRIP.....	707, 782	AEROCHAMBER Z-STAT		NEBULIZER.....	620, 786	
ADVANCED GLUCOSE		PLUS-FLW SG.....	753, 784	AIRS PEDIATRIC		
METER.....	670, 782	AEROCHAMBER2GO..	753, 784	DISPOSABLE MASK		
ADVANCED HERBALS		AEROECLIPSE II		.....	611, 753, 786	
GINGER.....	930	NEBULIZER.....	620, 784	AIRSUPRA.....	110	
ADVANCED LANCING		AEROECLIPSE XL		AIRZONE PEAK FLOW		
DEVICE.....	670, 782	NEBULIZER.....	620, 784	METER.....	704, 786	
ADVANCED PROBIOTIC.....	68	AERONEB GO.....	753, 784	AJOVY AUTOINJECTOR....	454	
ADVANCED SKIN CARE....	548	AERONEB GO NEBULIZER		AJOVY SYRINGE.....	454	
ADVANCED TRAVEL		.....	620, 784	AKEEGA.....	150	
LANCETS.....	670, 782	AEROTRACH PLUS....	753, 784	AKLIEF.....	607	
ADVATE.....	258	AEROVENT PLUS.....	753, 784	AKTEN (PF).....	969	
ADVIN COVID-19 AG		AFINITOR.....	167	AKYNZEO (NETUPITANT)...	46	
HOME TEST.....	617, 782	AFINITOR DISPERZ.....	167	Ala-Cort.....	551	
ADVOCATE LANCET..	670, 782	Afirmelle.....	183	ALAMAX CR.....	927	
ADVOCATE LANCING						
DEVICE.....	670, 782					

ALAMAX PROTECT.....	927	ALIVE PREMIUM		<i>alogliptin-pioglitazone</i>	480
Ala-Scalp.....	551	PRENATAL.....	323	ALOMIRA.....	601
<i>albendazole</i>	2	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		ALOMIRA HP.....	601
<i>albuterol sulfate</i>	104, 105	COMPLETE.....	323	ALOMIRA LP.....	601
Alcaine.....	979	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		<i>alosetron</i>	40, 41
<i>alclometasone</i>	551	GUMMY.....	323	ALPHA BETIC.....	323
ALCORTIN A.....	536	ALIVE WOMEN'S ENERGY	323	<i>alpha lipoic acid</i>	927, 928
ALDACTONE.....	227, 239	ALIVE WOMEN'S GUMMY		<i>alpha lipoic acid-biotin</i>	928
ALECENSA.....	158	VITAMIN.....	323	ALPHAGAN P.....	982
<i>alendronate</i>	481	ALIVE WOMEN'S		ALPHANATE.....	259
ALFA-MAX ALFALFA.....	930	MULTIVITAMIN.....	323	ALPHANINE SD.....	262
ALFAMINO JUNIOR.....	317	ALIVE WOMEN'S ULTRA		<i>alprazolam</i>	411, 435
ALFERON N.....	570	POTENCY.....	323	ALPRAZOLAM INTENSOL	
<i>alfuzosin</i>	942	ALIXI.....	596	.....	411, 435
ALHEMO PEN.....	244	ALIXI HP.....	596	ALPROLIX.....	262
ALIGN DUALBIOTIC.....	68	ALKALINE BATTERIES		ALREX.....	971
ALINIA.....	2	.....	670, 786	ALTABAX.....	594
<i>aliskiren</i>	235	ALKALOL NASAL WASH....	100	ALTACAINE.....	979
ALIVE ADULT ULTRA		ALKERAN.....	153	ALTACE.....	240
POTENCY.....	321	ALKINDI SPRINKLE.....	488	ALTAFLUOR BENOX..	967, 978
ALIVE CALCIUM-VITAMIN		ALL FLOW 1000 KIT ...	753, 786	Altavera (28).....	183
D3.....	308	ALL FLOW 1000 PFT		ALTERA NEBULIZER	
ALIVE COMPLETE		FILTER.....	753, 786	HANDSET.....	620, 787
PREMIUM PRENATL.....	321	ALL FLOW 3000 KIT ...	754, 786	ALTERA NEBULIZER	
ALIVE DAILY ENERGY.....	321	ALL FLOW 3000 PFT		SYSTEM.....	620, 787
ALIVE DIABETIC		FILTER.....	754, 786	ALTERNATE SITE LANCET	
MULTIVITAMIN.....	321	ALL FLOW 4000 KIT ...	754, 786	.....	670, 787
ALIVE ENERGY 50 PLUS...	321	ALL FLOW 4000 PFT		ALTERNATE SITE	
ALIVE KIDS CHEWABLE....	340	FILTER.....	754, 786	LANCING DEVICE.....	670, 787
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN		ALL FLOW 5000 KIT ...	754, 786	ALTOPREV.....	212
.....	340	ALL FLOW 5000 PFT		ALTRENO.....	607
ALIVE MAX POTENCY.....	322	FILTER.....	754, 786	ALTRIXA.....	311
ALIVE MAX6 POTENCY		ALL FLOW 6000 PFT		ALTRIXA OB.....	297
COMPLETE.....	322	FILTER.....	754, 786	ALTUVIIIIO.....	259
ALIVE MEN 50 PLUS		ALLERGY TRAY 1/2 ML		<i>alum, ammonium (bulk)</i>	765
ULTRA-LUTEIN.....	322	27GX3/8".....	621, 787	ALUNBRIG.....	158, 159
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGY TRAY		ALURIS.....	604
MULTIVIT.....	322	INTRADERMAL BEV ...	621, 787	ALURIS HP.....	604
ALIVE MEN'S 50 PLUS MV		ALLERGY TRAY		ALURIS HP PLUS.....	604
(VIT K).....	322	REGULAR BEVEL.....	621, 787	ALURIS LP.....	604
ALIVE MEN'S 50 PLUS		ALLERGY SYRINGE...	622, 787	ALURIS LP PLUS.....	604
ULTRA.....	322	ALLEVYN ADHESIVE		ALURIS PLUS.....	604
ALIVE MEN'S ENERGY.....	322	DRESSING.....	520, 787	ALUXOF.....	601
ALIVE MEN'S GUMMY.....	322	ALLEVYN AG ADHESIVE...	520	ALUXOF HP.....	601
ALIVE MEN'S MAX3		ALLEVYN LIFE DRESSING		ALVAIZ.....	247
POTENCY.....	322	.....	520, 787	ALVESCO.....	94
ALIVE MEN'S ULTRA		<i>allopurinol</i>	937	<i>alvimopan</i>	201
POTENCY.....	322	<i>almotriptan malate</i>	450	ALVOX.....	607
ALIVE PREMIUM ADULT ...	323	<i>alogliptin</i>	501	ALVOX HP.....	607
		<i>alogliptin-metformin</i>	502	Alyacen 1/35 (28).....	183

Alyacen 7/7/7 (28).....	193	<i>anagrelide</i>	265	AQINJECT PEN NEEDLE	
ALYFTREK.....	102	Analpram-Hc.....	509	.....	644, 787
Alyq.....	206	ANALPRAM-HC.....	509, 581	AQNEURSA.....	956
<i>amantadine hcl</i>	444	ANAPROX DS.....	131	AQUA LANCE LANCING	
AMBIEN.....	404	ANASCORP.....	343	DEVICE.....	671, 787
AMBIEN CR.....	404	ANASPAZ.....	49, 946	AQUASTAT 0.9% SODIUM	
<i>ambrisentan</i>	232	ANASTIA.....	533	CHLORIDE.....	304
<i>amcinonide</i>	551	<i>anastrozole</i>	177	AQUASTAT SFR 0.9%	
AMELUZ.....	533	ANCOBON.....	15	SODIUM CHLOR.....	304
Amethia.....	196	ANDEMBRY		AQUORAL.....	359
Amethyst (28).....	183	AUTOINJECTOR.....	203	ARAKODA.....	17
AMICAR.....	254	ANDROGEL.....	469	ARALAST NP.....	106
AMIELLE VAGINAL		ANGELIQ.....	500	Aranelle (28).....	193
TRAINER.....	611, 787	ANNOVERA.....	181	ARANESP (IN	
<i>amiloride</i>	219	ANODYNE LPT.....	594	POLYSORBATE).....	250
<i>amiloride-</i>		ANORO ELLIPTA.....	109	ARAVA.....	140
<i>hydrochlorothiazide</i>	227	<i>anticoag citrate phos</i>		ARAZLO.....	607
<i>aminocaproic acid</i>	254	<i>dextrose</i>	261	ARBLI.....	210
<i>amiodarone</i>	210	ANTIOXIDANT FORMULA		ARCALYST.....	134
AMITIZA.....	41, 66	(SELENIUM).....	323, 928	ARESTIN.....	360
<i>amitriptyline</i>	417	ANUCORT-HC.....	508	AREXVY (PF).....	342
<i>amitriptyline-</i>		ANUSOL-HC.....	508	<i>arformoterol</i>	103
<i>chlordiazepoxide</i>	398, 411	Anusol-Hc.....	508, 551	<i>arginine (l-arginine)</i>	269
AMLACTIN.....	550	ANZUPGO.....	522	<i>arginine hcl (l-arginine)</i>	269
<i>amlodipine</i>	222	APADAZ.....	123	ARGYLE TRACHEOSTOMY	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	233	Apexicon E.....	551	CARE TRAY.....	611, 787
<i>amlodipine-benazepril</i>	237	APEXOL.....	598	ARICEPT.....	939
<i>amlodipine-olmesartan</i>	234	APEXOL HP.....	597	ARIKAYCE.....	5
<i>amlodipine-valsartan</i>	234	APHORIA.....	604	ARIMIDEX.....	177
<i>amlodipine-valsartan-</i>		APIDRA SOLOSTAR U-100		<i>aripiprazole</i>	374, 407
<i>hcthiazid</i>	220	INSULIN.....	466	ARIXTRA.....	257
<i>ammonium lactate</i>	550	APIDRA U-100 INSULIN....	466	<i>armodafinil</i>	379
Amnesteem.....	609	APLENZIN.....	399	ARMOUR THYROID.....	493
<i>amoxapine</i>	417	APLIGRAF.....	596	ARNUITY ELLIPTA.....	94
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		APOGEE IC INTERMIT		AROMASIN.....	177
<i>lansopraz</i>	55	CATHETER.....	641, 787	ARTHROTEC 50.....	127
<i>amoxicillin</i>	4	APOGEE PLUS INTERMITT		ARTHROTEC 75.....	127
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	6	CATHETER.....	641, 787	ARTICHOKE PREMIUM	
<i>amphetamine</i>	422, 432	APOKYN.....	444	EXTRACT.....	930
<i>amphetamine sulfate</i>		<i>apomorphine</i>	444	ARTILIS.....	598
.....	380, 401, 422	APORIX.....	589, 596	ARTILIS HP.....	598
<i>ampicillin</i>	4	<i>apraclonidine</i>	982	ARTISS.....	524
AM-PM MENOPAUSE		<i>aprepitant</i>	42, 43	Ascomp With Codeine.....	144
FORMULA.....	930	APRETUDE.....	23	ASCOR.....	296
AMPYRA.....	505	Apri.....	183	<i>ascorbate sodium (vitamin c)</i>	
AMVISC.....	969	APRISO.....	38	.....	296
AMVISC PLUS.....	969	APTENSIO XR.....	422	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i>	
AMZEEQ.....	589	APTOM.....	389	.....	296, 297
ANACAINE.....	550	APTIVUS.....	30	<i>ascorbic acid(vitamin</i>	
ANAFRANIL.....	417			<i>c)(bulk)</i>	297, 765

<i>ascorbic acid-ascorbate sodium</i>	297	ATACAND HCT.....	224	AUTOLET LITE.....	671, 790
<i>ascorbic acid-zinc oxide</i>	297	<i>atazanavir</i>	31	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS.....	645, 790
<i>asenapine maleate</i>	374, 405	ATELVIA.....	481	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS.....	645, 790
Ashlyna.....	196	<i>atenolol</i>	225	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	645, 790
<i>ashwagandha extract</i>	930	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	220	AUTOSOFT 30.....	749, 790
<i>ashwagandha root extract</i> ...	930	ATIVAN.....	411, 435	AUTOSOFT 90.....	749, 790
ASHWAGANDHA ROOT LEAF EXTRACT.....	930	<i>atomoxetine</i>	456	AUTOSOFT XC INFUSION SET 23".....	749, 790
ASMANEX HFA.....	94	ATORVALIQ.....	212	AUTOSOFT XC INFUSION SET 32".....	749, 790
ASMANEX TWISTHALER.....	94	<i>atorvastatin</i>	212	AUTOSOFT XC INFUSION SET 43".....	749, 790
<i>aspirin</i>	129, 256	<i>atovaquone</i>	33	AUVELITY.....	401
ASPIRIN CHILDRENS.....	129, 256	<i>atovaquone-proguanil</i>	29	AUVI-Q.....	242
<i>aspirin-dipyridamole</i>	265	ATRALIN.....	607	AVALIDE.....	224
ASPRUZYO SPRINKLE.....	235	ATRAPRO CP.....	571	AVAPRO.....	211
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	671, 788	ATRAPRO DERMAL SPRAY.....	518, 768	AVAR.....	598
ASSURE 4 STRIPS.....	708, 788	ATRAPRO HYDROGEL.....	571	AVAR LS.....	598
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL.....	671, 788	ATROPEN.....	208	AVEIDA.....	577
ASSURE DOSE NORM-HI CONTROL.....	671, 788	<i>atropine</i>	969	AVEIDAOXIA.....	577
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	645, 788	<i>atropine sulfate (pf)</i>	969	AVENOVA.....	582
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	645, 788	ATROVENT HFA.....	92	AVERI.....	184
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	645, 788	ATTRUBY.....	460	Aviane.....	184
ASSURE LANCE.....	671, 788	AUBAGIO.....	505	AVIDORA.....	601, 602
ASSURE LANCE PLUS.....	671, 788	Aubra.....	183	AVIDORA HP.....	601
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER.....	671, 788	Aubra Eq.....	183	Avidoxy.....	8
ASSURE PLATINUM TEST STRIP.....	709, 789	AUGMENTIN.....	6	AVIDOXY DK.....	26
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLN.....	671, 789	AUGMENTIN ES-600.....	6	AVITA.....	607
ASSURE PRISM MULTI METER.....	671, 789	AUGMENTIN XR.....	6	AVITENE.....	245
ASSURE PRISM MULTI STRIP.....	709, 789	AUGTYRO.....	161	AVITENE FLOUR.....	245
ASTAGRAF XL.....	367	AUGUSTIL.....	601	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	150
ASTERO.....	533	AURA PORTANEB.....	620, 789	AVO CREAM.....	571
ASTHMA CHECK METER.....	704, 789	<i>auranofin</i>	142	AVODART.....	941
ASTHMAPACK CHILDREN'S.....	704, 789	Aurovela 1.5/30 (21).....	183	AVONEX.....	505
<i>astragalus root</i>	930	Aurovela 1/20 (21).....	183	AWANIS.....	602
ASTRINGYN.....	245	Aurovela 24 Fe.....	183	Ayuna.....	184
ATACAND.....	211	Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	184	AYVAKIT.....	161
		Aurovela Fe 1-20 (28).....	184	AZALTA.....	604
		AURUMHEEL.....	362	AZALTA HP.....	604
		AURYXIA.....	290, 950, 952	Azasan.....	134, 368
		AUSTEDO.....	447, 455	AZASITE.....	962
		AUSTEDO XR.....	447, 455	<i>azathioprine</i>	134, 368
		AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	448, 455, 456	<i>azelaic acid</i>	577, 589
		AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE.....	645, 789	<i>azelastine</i>	100, 970
		AUTO-LANCET MINI.....	671, 789	<i>azelastine-fluticasone</i>	88
		AUTOLET IMPRESSION LANC DEV.....	671, 789	AZELEX.....	577, 589
		AUTOLET LANCING DEVICE.....	671, 790	AZESCO.....	297

AZILECT.....	414	BAQSIMI.....	461	BD POSIFLUSH NORMAL	
<i>azithromycin</i>	13	BARACLUDE.....	35	SALINE 0.9.....	304
AZO BORIC ACID.....	770	BARIATRIC		BD PRECISIONGLIDE 624, 793	
AZO COMPLETE		MULTIVITAMINS.....	324	BD SAFETYGLIDE	
FEMININE BALANCE.....	69	BARRIGEL.....	704	ALLERGIST TRAY.....	624, 793
AZO CRANBERRY PLUS		BASADROX.....	536	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
PROBIOTIC.....	931	BASAGLAR KWIKPEN U-		SYRINGE.....	645, 793
AZO CRANBERRY PLUS		100 INSULIN.....	464	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	
VIT C.....	931	BASAGLAR TEMPO		.....	624, 793
AZO DUAL PROTECTION....	69	PEN(U-100)INSLN.....	464	BD SAFETYGLIDE	
AZO MENOPAUSE NIGHT-		BATIZIA.....	536	SHIELDING REG.....	624, 793
MELATONIN.....	439	BAXDELA.....	7	BD SAFETYGLIDE	
AZO VAGINAL HEALTH		BAXONIL.....	578	SYRINGE....	624, 645, 793, 794
PROBIOTIC.....	69	BAYER ASPIRIN.....	129, 256	BD SAFETYGLIDE TB REG	
AZOPT.....	980	BAYER LOW DOSE		BEVEL.....	624, 794
AZOR.....	235	ASPIRIN.....	129, 256	BD SAFETYGLIDE	
AZSTARYS.....	422	B-COMPLEX INJECTION...	339	TUBERCULIN.....	624, 794
AZULFIDINE.....	38, 141	B-COMPLEX PLUS B-12....	338	BD SAF-T-INTIMA.....	621, 794
AZULFIDINE EN-TABS.	38, 140	<i>b-complex with vitamin c</i>	266	BD SLIP TIP SYRINGE	
Azurette (28).....	196	BD ALLERGIST TRAY REG		.....	624, 625, 794
B ACTIV.....	266	BEVEL.....	622, 790	B-D SLIP TIP SYRINGE	
B COMPLEX 100.....	339	BD ALLERGY SYRINGE		.....	625, 794
<i>b complex-vitamin c-folic</i>		.....	622, 790	BD SPECIALTY USE	
<i>acid</i>	266	BD BLUNT PLASTIC		NEEDLES.....	625, 794
B-100 COMPLEX.....	266	CANNULA.....	622, 790	BD SYRINGE.....	626, 795
B12.....	288	BD BULK SYRINGE SLIP		BD SYRINGE CATH TIP	
B12 ACTIVE.....	288	TIP.....	622, 790, 791	NONSTERILE.....	625, 794
B-50 COMPLEX WITH		BD ECCENTRIC TIP		BD SYRINGE CATHETER	
INOSITOL.....	266	SYRINGE.....	622, 791	TIP.....	625, 794
BABY COUGH.....	927	BD ECLIPSE LUER-LOK		BD SYRINGE LUER-LOK	
BABY COUGH-MUCUS.....	927	.....	622, 645, 791	NONSTERILE.....	625, 794, 795
BACICAP.....	69	BD FILTER NEEDLE-5		BD SYRINGE LUER-LOK	
BACID WITH		MICRON.....	622, 791	STERILE.....	625, 795
LACTOSPORE.....	69	BD INSYTE AUTOGUARD		BD SYRINGE SLIP TIP	
<i>bacitracin</i>	962	.....	621, 791	NONSTERILE.....	625, 626, 795
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	965	BD INTEGRA SYRINGE		BD SYRINGE-DUAL	
<i>baclofen</i>	776	.....	622, 623, 791	CANNULA.....	626, 795
BACTRIM.....	4	BD INTERLINK BLUNT		BD TUBERCULIN SLIP-TIP	
BACTRIM DS.....	4	PLASTIC CAN.....	623, 791	.....	626, 795
BAFIERTAM.....	507	BD INTERLINK SYRINGE		BD TUBERCULIN SYRINGE	
BAL-CARE DHA.....	270	.....	623, 791	.....	626, 795
BAL-CARE DHA		BD LUER-LOK BULK		BD VERITOR SARS-COV-2,	
ESSENTIAL.....	270	SYRINGE.....	623, 791	FLU A-B.....	617, 795
BALCOLTRA.....	184	BD LUER-LOK SYRINGE		BD VERITOR SYSTEM	
<i>balsalazide</i>	38	.....	623, 624, 792	SARS-COV-2.....	617, 796
<i>balsam peru-castor oil</i>	517	BD LUER-LOK TIP		BEANAID.....	45
BALVERSA.....	157	CONTROL SYRING....	624, 792	BEANO.....	45
Balziva (28).....	184	BD MICROTAINER		BELBUCA.....	143
BANATROL PLUS.....	86	LANCET.....	671, 792, 793		
BANZEL.....	394, 395				

<i>belladonna alkaloids-opium</i>	45, 47	BESREMI.....	168	BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
BELSOMRA.....	410	BEST FIBER.....	57	TOUJEOMX.....	612, 796
<i>benazepril</i>	240	<i>beta carotene</i>	301	BIGFOOT UNITY PEN CAP-	
<i>benazepril-</i>		BETADINE OPHTHALMIC		TRESIBA.....	612, 797
<i>hydrochlorothiazide</i>	238	PREP.....	963	BIJUVA.....	477
BENEFIBER (INULIN-CORN		<i>betaine</i>	960	BIKTARVY.....	32
FIBER).....	56	BETALOAN SUIK.....	480	BILAC.....	69
BENEFIBER (WHEAT		<i>betamethasone dipropionate</i>		BILTRICIDE.....	2
DEXTRIN).....	56	.....	552	<i>bimatoprost</i>	980
BENEFIBER ADVANCED.....	69	<i>betamethasone valerate</i>	552	BIMZELX.....	516
BENEFIBER CLEAR SF		<i>betamethasone, augmented</i>	552	BIMZELX AUTOINJECTOR	516
(DEXTRIN).....	57	BETAPACE.....	232, 236	BINAXNOW COVD AG	
BENEFIBER DUAL ACTION.	69	BETAPACE AF.....	232, 236	CARD HOME TST.....	617, 797
BENEFIBER DUAL		BETASERON.....	505	BINAXNOW COVID-19 AG	
ACTION-THEANINE.....	69	<i>betaxolol</i>	225, 968	CARD.....	617, 797
BENEFIBER SUGAR FREE		<i>bethanechol chloride</i>	953	BINAXNOW COVID-19 AG	
(DEXTRIN).....	57	BETHKIS.....	102	SELF TEST.....	617, 797
BENEFIBER SUGAR FREE		BETIMOL.....	968	BINOSTO.....	482
(INULIN).....	57	BETOPTIC S.....	968	BIO C 1:1.....	302
BENEFIX.....	262	BEVESPI AEROSPHERE...	109	BIOLON.....	969
<i>benfotiamine</i>	296	BEVITROL.....	66	BIOLYTE.....	306
BENICAR.....	211	<i>bexarotene</i>	176, 533	BIOMEPRO.....	69
BENICAR HCT.....	224	BEXSERO.....	351	BIONIME RIGHTEST	
BENLYSTA.....	141	BEYAZ.....	184	GM300 SYSTEM.....	671, 797
BENTIVITE BX.....	292	BEYFORTUS.....	342	BIONIME RIGHTEST TEST	
BENZAMYCIN.....	598	<i>bicalutamide</i>	178	STRIPS.....	709, 797
BENZEPRO.....	606	BIDIL.....	225	BIOPETIT.....	266
BENZEPRO		BIGFOOT UNITY.....	671, 796	BIOSTEP.....	520, 797
(MICROSPHERES).....	606	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOSTEP AG.....	520
<i>benzhydrocodone-</i>		ADMELOG.....	611, 796	BIOTEL CARE BGM-4	
<i>acetaminophen</i>	123	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		METER.....	672, 797
<i>benznidazole</i>	31	APIDRA.....	611, 796	<i>biotin</i>	301
BENZODOX 30.....	27	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BIOTINEX.....	70
BENZODOX 60.....	27	ASPART.....	611, 796	BIOZEN.....	70
<i>benzoin (bulk)</i>	575, 766	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bismuth subcit k-metronidz-</i>	
<i>benzonatate</i>	92	BASAGLAR.....	611, 796	<i>tcn</i>	54
<i>benzoyl peroxide</i>	606	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>bisoprolol fumarate</i>	226
<i>benzphetamine</i>	954	FIASP.....	611, 796	<i>bisoprolol-</i>	
<i>benztropine</i>	447	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>hydrochlorothiazide</i>	220
<i>bepotastine besilate</i>	970	HUMALOG.....	611, 796	<i>bitter melon extract</i>	931
BEPREVE.....	970	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>black cohosh</i>	931
<i>berberine chloride</i>	5	LANTUS.....	611, 796	<i>black walnut hull</i>	931
BERBERINE ES-5.....	5	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		BLANCHE.....	527
BERGACOR.....	931	LISPRO.....	611, 796	BLEPHAMIDE S.O.P.....	976
BERGACOR PLUS.....	931	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi 24 Fe.....	184
BERINERT.....	247	LYUMJEV.....	612, 796	Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	184
Beser.....	551	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		Blisovi Fe 1/20 (28).....	184
BESER KIT.....	548	NOVOLOG.....	612, 796	<i>blood glucose contrl</i>	
BESIVANCE.....	962	BIGFOOT UNITY PEN CAP-		<i>hi,normal</i>	672, 797
		TOUJEO.....	612, 796		

<i>blood glucose control, normal</i>	672, 797	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD	754, 799	<i>buprenorphine-naloxone</i>	366
BLOOD GLUCOSE MONITORING	672, 797	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	754, 799	<i>bupropion hcl</i>	399, 400
BLOOD GLUCOSE TEST	710, 798	BREATHERITE VALVED MDI SPACER.....	754, 799	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	366
<i>blood-glucose meter</i>	672, 798	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW	672, 800	<i>buspirone</i>	421
BLULINK BG SYSTEM REFILL	672, 798	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NML	672, 800	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	144
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE	672, 798	BREEZE 2 CONTROL SOLUTION,HIGH	672, 800	<i>butalbital-acetaminophen</i>	142
BLULINK GLUCOSE MONITOR SYSTEM....	672, 798	BRENZAVVY	471	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	142
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP	710, 799	BREO ELLIPTA	110	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	139
<i>blunt needle, disposable</i>	626, 799	BREXAFEMME	14	<i>butorphanol</i>	143
BONEUP	282	Breyna	111	BUTRANS	143
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE)	282	BREZTRI AEROSPHERE	96	BUTTERFLY TOUCH LANCET	672, 800
BONJESTA	66	Briellyn	184	<i>butylated hydroxytoluene</i>	763
BONSITY	461	BRILINTA	255	BYDUREON BCISE	474
BOOST GLUCOSE CONTROL	317	<i>brimonidine</i>	578, 982	BYLVAY	112
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	324	<i>brimonidine-dorzolamide</i>	963	BYSTOLIC	226
BOOSTRIX TDAP	347	<i>brimonidine-dorzolamide (pf)</i>	963	<i>cabergoline</i>	496
BORON COMPLEX	310	<i>brimonidine-dorzol-</i> <i>bimatoprost</i>	961	CABLIV	247
<i>bosentan</i>	232	<i>brimonidine-timolol</i>	977	CABOMETYX	175
BOSULIF	161	BRINSUPRI	87	CABTREO	602
<i>boswellia serrata extract</i>	931	<i>brinzolamide</i>	980	<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor</i>	282
BOWEL SUPPORT-IRRITABLE BOWEL	931	BRIVIACT	433	<i>ca-d3-mag-zinc-cop-mang-bor</i>	282
BOYS TRAINING PANTS 4T-5T	616, 799	Bromfed Dm	93	CADEAU DHA	270
BP 10-1	598	<i>bromfenac</i>	966	CADIRA COMPLIANT BLOOD STAT	703
BP MANAGER	931	<i>bromocriptine</i>	445	CADUET	233
BPCO	517	<i>brompheniramine-pseudoeph-dm</i>	93	<i>caffeine</i>	434
BPO	606	BROMSITE	966	<i>caffeine citrate</i>	434
BRAFTOVI	165	BRONCHIAL SOOTHE	931	<i>calc carb-mag ox-d3-zinc gluc</i>	282
BREATHERITE MDI SPACER	754, 799	BRONCHITOL	87	<i>calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan</i>	282
BREATHERITE SPACER-MASK, NEO	754, 799	BROVANA	104	<i>calcipotriene</i>	530
BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT	754, 799	BRUKINSA	152, 162	<i>calcipotriene-betamethasone</i>	586
BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD	754, 799	BRYHALI	529, 552	<i>calcitonin (salmon)</i>	483
BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT	754, 799	BUCAPSOL	421	<i>calcitriol</i>	267, 530, 957
		<i>budesonide</i>	67, 94	<i>calcium acetate</i>	281
		<i>budesonide-formoterol</i>	111	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	942, 950
		BUFFERED C POWDER....	297	<i>calcium carb, citrate, malate</i>	281
		BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	672, 800	<i>calcium carb-d3-mag ox-zinc ox</i>	282
		<i>bumetanide</i>	208	<i>calcium carb-mag ox-zinc sulf</i>	282
		BUPHENYL	958, 959		
		<i>buprenorphine</i>	143		
		<i>buprenorphine hcl</i>	143, 366		

<i>calcium carbonate</i>	281	CARAFATE	86	CARESENS N TEST	
<i>calcium carbonate-vitamin</i>		CARBAGLU	958	STRIPS	710, 801
<i>d3</i>	308	<i>carbamazepine</i>	376, 389	CARESENS N VOICE	673, 801
<i>calcium citrate</i>	281	CARBATROL	376, 389	CARESTART COVID-19 AG	
<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	308	<i>carbidopa</i>	445	HOME TST	617, 801
<i>calcium no.38-d3-mag-boron</i>		<i>carbidopa-levodopa</i>	442	CARETOUCH CONTROL	
.....	282	<i>carbidopa-levodopa-</i>		SOLN L2-L3	673, 801
<i>calcium pantothenate</i>	295	<i>entacapone</i>	404	CARETOUCH GLUCOSE	
<i>calcium phos-d3-</i>		<i>carbinoxamine maleate</i>		MONITORING	673, 802
<i>magnesium-zinc</i>	282	.....	90, 96, 97	CARETOUCH INSULIN	
<i>calcium phosphate-vitamin</i>		Carbzah	90, 97	SYRINGE	646, 802
<i>d3</i>	308	CARDIZEM	221	CARETOUCH LANCING	
<i>calcium-d3-zinc-copper-</i>		CARDIZEM CD	221	DEVICE	673, 802
<i>mangan</i>	282	CARDIZEM LA	221	CARETOUCH LUER LOCK	
<i>calcium-vitamin d3-vitamin k</i>	282	CARDURA	241	SYRINGE	627, 802
CALMAID	931	CARDURA XL	241	CARETOUCH LUER LOCK	
CALQUENCE		CAREFINE PEN NEEDLE		SYR-NEEDLE	627, 802
(ACALABRUTINIB MAL)		.....	646, 800	CARETOUCH LUER SLIP	
.....	152, 162	CAREONE LANCING		SYRINGE	627, 802, 803
CALTRATE 600 PLUS D	308	DEVICE	673, 800	CARETOUCH PEN	
CALTRATE GUMMY BITES	309	CAREONE ULTRA THIN		NEEDLE	646, 803
CALTRATE-D3 PLUS		LANCET	673, 800	CARETOUCH SAFETY	
MINERALS	283	CAREPOINT LUER LOCK		LANCETS	673, 803
Camila	182	SYRINGE	626, 800	CARETOUCH TEST STRIP	
CAMRESE	196	CAREPOINT LUER LOCK		.....	711, 803
CAMRESE LO	196	SYR-NEEDLE	626, 800	CARETOUCH TWIST	
CAMZYOS	225	CAREPOINT LUER SLIP		LANCET	673, 803
CANASA	38	SYRINGE	626, 800	<i>carglumic acid</i>	958
<i>candesartan</i>	211	CAREPOINT LUER SLIP		<i>carisoprodol</i>	776
<i>candesartan-</i>		SYRING-NDL	626, 800	<i>carisoprodol-aspirin</i>	775
<i>hydrochlorothiazid</i>	224	CAREPOINT PRECISION		<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	775
CANDICIDAL	931	LUER LOCK	627, 800	CARNITEX	299
<i>cantharidin in acetone</i>	524	CAREPOINT PRECISION		CARNITOR	960
CANTHARIS		NEEDLE	627, 801	CARNITOR (SUGAR-FREE)	
COMPOSITUM	363	CAREPOINT PRECISION		.....	960
<i>capecitabine</i>	155	SAFETY	627, 801	CAROSPIR	227, 240
CAPEX	552	CAREPOINT SAFETY LL		CARRASYN HYDROGEL	
CAPHOSOL	359	SYR-NEEDLE	627, 801	WOUND DRESS	520, 803
CAPLYTA	409	CARESENS CONTROL A		<i>carteolol</i>	968
CAPRELSA	162	AND B	673, 801	Cartia Xt	221
CAPSFENAC PAK	591	CARESENS LANCETS		<i>carvedilol</i>	223
CAPSINAC	591	.....	673, 801	<i>carvedilol phosphate</i>	224
CAPSUBLEND-H	764	CARESENS N	673, 801	<i>cascara sagrada</i>	85
CAPSULE #3		CARESENS N FELIZ BT		CASODEX	178
(HYPROMELLOSE)	763	GLUC METER	673, 801	CATAPRES-TTS-1	207
<i>captopril</i>	241	CARESENS N FELIZ		CATAPRES-TTS-2	207
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		GLUCOSE METER	673, 801	CATAPRES-TTS-3	207
.....	238	CARESENS N PLUS BT		CAYA CONTOURED ...	615, 803
CAPVAXIVE	344	.....	673, 801	CAYSTON	102
CARAC	582			Caziant (28)	193

<i>cefaclor</i>	24	CENTURY	311	CHILD PROBIOTIC	
<i>cefadroxil</i>	24	CENTURY ADULT		DIGEST-IMMUNE	70
CEFALY	612, 803	FORMULA	326	CHILDREN'S ASPIRIN	129, 256
<i>cefdinir</i>	24, 25	CENTURY MATURE	326	CHILDRENS CHEWABLE	
<i>cefixime</i>	25	<i>cephalexin</i>	24	PROBIOTIC	70
<i>cefprozil</i>	25	CEQUA	974	CHILDREN'S DAILY	
<i>cefprozil</i>	24	CEQUR SIMPLICITY	699, 803	PROBIOTIC	70
<i>cefuroxime axetil</i>	24	CEQUR SIMPLICITY		CHILDRENS FIBER	
CELACYN	571, 761	INSERTER	673, 803	GUMMY BEAR	57
CELEBREX	128	CERACADE	571	CHILDREN'S MELATONIN	441
<i>celecoxib</i>	128	CERAMAX	571	CHILDREN'S	
CELEXA	437	<i>ceramides 1,3,6-ii</i>	583	MULTIVITAMIN	285, 340
CELLCEPT	134, 135, 369	CERASPORT ENDURANCE		CHILDREN'S	
CELLPAD	761, 803	.....	306	MULTIVITAMIN GUMMY	340
<i>cellulose (bulk)</i>	764	CERASPORT EX1	306	CHILDREN'S PROBIOTIC	70
CELONTIN	400	CERASPORT PLUS	306	CHILDREN'S SLEEP	
CEM-UREA	524	CERAVE	583, 584	(MELATONIN)	441
CENTANY	537	CERAVE AM	576	CHLOHUX	545
CENTANY AT	537	CERAVE DAILY		CHLOOXIA	546
CENTRUM	311, 325	MOISTURIZING	583	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	411, 436
CENTRUM ADULT 50 PLUS		CERAVE FOAMING FACIAL		<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	
.....	324	.....	583	.....	45, 47, 411
CENTRUM ADULTS	324	CERAVE PM	583	<i>chlorhexidine gluconate</i>	360
CENTRUM CHEWABLES ...	324	CERAVE SA	583	<i>chloroquine phosphate</i>	17
CENTRUM KIDS		CERAVE SA (WITH		<i>chlorpromazine</i>	408, 409
MULTIGUMMY	340	NIACINAMIDE)	583	<i>chlorthalidone</i>	228
CENTRUM MENOPAUSE		CERDELGA	959	<i>chlorzoxazone</i>	776
MULTIVITAMIN	324	CERTAVITE SENIOR	326	CHOICE DM CLARUS	
CENTRUM MINIS ADULTS		CERTAVITE-ANTIOXIDANT		NORM CONTROL	673, 804
50 PLUS	324	.....	311	CHOICEDM CLARUS	
CENTRUM MINIS MEN 50		CERVIDIL	483	.....	673, 711, 804
PLUS	324	CETACAINE	595	CHOLBAM	46
CENTRUM MINIS WOMEN		CETAPHIL GENTLE SKIN		CHOLECAL DF	302
50 PLUS	324	CLEANSER	584	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	
CENTRUM MULTI MENTAL		<i>cetirizine</i>	91, 107	.....	267, 268
FOCUS	325	CETRAXAL	766	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .	209
CENTRUM MULTI PLUS		<i>cetorelix</i>	500	Cholestyramine Light	209
BEAUTY	325	CETROTIDE	500	<i>choline bitartrate</i>	205
CENTRUM MULTI PLUS		<i>cevimeline</i>	358	<i>choline,magnesium</i>	
OMEGA-3	325	<i>chamomile flower</i>	931	<i>salicylate</i>	139
CENTRUM		Charlotte 24 Fe	185	<i>chorionic gonadotropin,</i>	
MULTIGUMMIES MEN	325	<i>chaste tree fruit</i>	931	<i>human</i>	492
CENTRUM		Chateal Eq (28)	185	CHOSEN LANCET	673, 804
MULTIGUMMIES WOMEN .	325	CHEMET	200	CHOSEN LANCING	
CENTRUM POSTNATAL	325	CHEMSTRIP BG LOG		DEVICE	674, 804
CENTRUM PRENATAL	325	BOOK	673, 804	CHOSEN SAFETY LANCET	
CENTRUM SILVER	325	CHENODAL	42, 111	.....	674, 804
CENTRUM WOMEN	311	CHEST RUB (WITH PINE		<i>chromium nicotinate</i>	310
CENTRUM WOMEN		OIL)	588	<i>chromium picolinate</i>	310
IMMUNE MINIS	325			CIALIS	459, 953

CIBINQO.....	522	CLEANSING EYELID		CLEVER CHOICE PRO	
CICASIL.....	761, 804	WIPES EXT STR.....	582	.....	674, 712, 805, 806
CICATRACE PAD.....	761, 804	CLEANSING WASH....	578, 598	CLEVER CHOICE TALK	
Ciclodan.....	593	CLEAR FIBER.....	57	GLUCOSE SYS.....	674, 806
CICLODAN KIT.....	593	<i>clemastine</i>	90, 97	CLEVER CHOICE TALK	
<i>ciclopirox</i>	593	Clemasz.....	90, 97	TEST.....	712, 806
<i>ciclopirox-ure-camph-menth-</i>		Clemsza.....	90, 97	CLEVER CHOICE TEST	
<i>euc</i>	594	CLENPIQ.....	61	STRIPS.....	712, 806
<i>cilostazol</i>	256	CLEOCIN.....	769, 770	CLEVER CHOICE VOICE	
CILOXAN.....	962	CLEOCIN HCL.....	31	PLUS TEST.....	713, 807
CIMDUO.....	20	Cleocin Pediatric.....	31	CLEVER CHOICE	
<i>cimetidine</i>	51	CLEOCIN T.....	589, 590	WHISPER AIRE PED..	755, 807
<i>cimetidine hcl</i>	51	CLEVER CHEK BLOOD		CLICKFINE PEN NEEDLE	
CIMZIA.....	64, 114, 146	GLUCOSE.....	674, 804	.....	646, 807
CIMZIA POWDER FOR		CLEVER CHEK BLOOD		CLIMARA.....	484
RECONST.....	64, 114, 146	GLUCOSE SYST.....	674, 804	CLIMARA PRO.....	477
CIMZIA STARTER KIT		CLEVER CHEK LANCETS		Clindacin.....	590
.....	64, 114, 146	.....	674, 804	Clindacin Etz.....	590
<i>cinacalcet</i>	479	CLEVER CHOICE BLOOD		CLINDACIN ETZ.....	596
<i>cinnamon bark</i>	931	GLUC SYS.....	674, 804	Clindacin P.....	590
<i>cinnamon bark extract</i>	931	CLEVER CHOICE		CLINDACIN PAC.....	597
CINRYZE.....	247	CHAMBER-LRG MASK		CLINDAGEL.....	590
CIPRO.....	7	.....	754, 804	<i>clindamycin hcl</i>	31
CIPRO HC.....	767	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin palmitate hcl</i>	31
<i>ciprofloxacin</i>	7	CHAMBER-MED MASK		Clindamycin Pediatric.....	32
<i>ciprofloxacin hcl</i>	7, 766, 962	.....	754, 805	<i>clindamycin phosphate</i>	590, 770
<i>ciprofloxacin-</i>		CLEVER CHOICE		<i>clindamycin-benzoyl</i>	
<i>dexamethasone</i>	767	CHAMBER-SM MASK.	755, 805	<i>peroxide</i>	598
<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>	767	CLEVER CHOICE		<i>clindamycin-tretinoin</i>	602
<i>citalopram</i>	437	GLUCOSE MONITOR.	674, 805	CLINDESSE.....	770
CITRANATAL (DUAL-IRON)		CLEVER CHOICE LEVEL 1		CLINITEST COVID-19	
.....	270	CONTROL.....	674, 805	HOME TEST.....	618, 807
CITRANATAL 90 DHA		CLEVER CHOICE LEVEL 2		CLINPRO 5000.....	360
(ALGAL OIL).....	270	CONTROL.....	674, 805	<i>clobazam</i>	411, 414
CITRANATAL ASSURE.....	270	CLEVER CHOICE LEVEL 3		<i>clobetasol</i>	530, 552, 553, 971
CITRANATAL BLOOM.....	292	CONTROL.....	674, 805	<i>clobetasol-emollient</i>	553
CITRANATAL DHA (ALGAL		CLEVER CHOICE MICRO		CLOBEX.....	553
OIL).....	271	.....	674, 805	CLOBEZIN.....	540
CITRANATAL HARMONY		CLEVER CHOICE MICRO		<i>clocortolone pivalate</i>	554
(IRON FUM).....	271	TEST STRIP.....	711, 805	Clodan.....	554
CITRANATAL MEDLEY.....	326	CLEVER CHOICE NEB KIT-		CLODAN KIT.....	515
CITRATABS.....	944	ADULT.....	755, 805	Clomid.....	497
CITRULLINE 1000.....	269	CLEVER CHOICE NEB KIT-		<i>clomiphene citrate</i>	497
CLAIRVEE.....	70	CHILD.....	755, 805	<i>clomipramine</i>	417
Claravis.....	609	CLEVER CHOICE		<i>clonazepam</i>	411, 414, 436
CLARINEX.....	91, 107	NEBULIZER.....	755, 805	<i>clonidine</i>	207
CLARINEX-D 12 HOUR.....	89	CLEVER CHOICE PEAK		<i>clonidine hcl</i>	207, 420
<i>clarithromycin</i>	13	FLOW METER.....	704, 805	<i>clopidogrel</i>	255
CLEANSING EYELID					
MOIST PADS.....	582				

<i>clorazepate dipotassium</i> 411, 436	COMFORT TOUCH ULT THIN LANCETS.....674, 808	CONTOUR NEXT GEN METER.....675, 809
<i>clotrimazole</i> 358, 586	COMFORTSEAL LARGE MASK..... 755, 808	CONTOUR NEXT GLUCOSE METER..... 675, 809
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 540	COMFORTSEAL MEDIUM MASK..... 755, 808	CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOL.....675, 809
<i>clozapine</i> 406	COMFORTSEAL SMALL MASK..... 755, 808	CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOL.....675, 809
CLOZARIL.....406	COMIRNATY 2025-2026(5-11Y)(PF).....352	CONTOUR NEXT LINK.....675, 810
C-NATE DHA.....271	COMIRNATY 2025-26 (12Y UP)(PF)..... 352	CONTOUR NEXT LINK 2.4.....675, 810
COAGADEx..... 263	COMPACT SPACE CHAMBER.....755, 809	CONTOUR NEXT METER.....675, 810
COAGUCHEK LANCETS.....674, 807	COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK.....755, 809	CONTOUR NEXT ONE METER.....675, 810
COAGUCHEK XS.....752, 807	COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK.....755, 809	CONTOUR NEXT TEST STRIPS.....713, 810
<i>coal tar</i> 575	COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK.....755, 809	CONTOUR PLUS BLUE METER.....675, 810
COARTEM.....29	COMP-AIR NEBULIZER COMPRESSOR.....755, 809	CONTOUR PLUS TEST STRIP.....713, 810
COBALEFOL.....289	Compazine..... 43, 384	CONTOUR TEST STRIPS.....713, 810
COBENFY.....370	COMPLERA..... 32	CONTRAVE.....954
COBENFY STARTER PACK.....370	COMPLETE BALANCE MENOPAUSE RLF.....439	COPAXONE.....507
<i>cocaine</i> 87	COMPLETE LIVER CLEANSE.....266	COPIKTRA..... 160, 171
COCOA BUTTER FORMULA - VIT E.....571	COMPLETE MV ADULT 50 PLUS..... 326	<i>copper gluconate</i> 310
<i>codeine sulfate</i> 115	COMPLETE NATAL DHA....271	COQMAX OMEGA.....229
<i>codeine-butalbital-asa-caff.</i> 145	COMPLETENATE..... 271	CORDRAN..... 554, 555
<i>codeine-guaifenesin</i> 99	Compro.....43	CORDRAN TAPE LARGE ROLL..... 554
CODITUSSIN AC..... 99	CONCEPTION.....749, 809	CORDX COVID-19 AG HOME TEST.....618, 810
CODITUSSIN DAC.....99	CONCERTA..... 422, 423	CORDX TYFAST FLU-COVID-19 TEST.....618, 810
COLAZAL..... 38	CONDYLOX..... 524	COREG..... 224
<i>colchicine</i> 937	CONJUPRI.....222	COREG CR.....224
COLCRYS.....937	CONSENSI.....220	CORIFACT.....263
<i>colesevelam</i> 209	Constulose.....85	CORLANOR.....235
COLESTID.....209	CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH..... 675, 809	CORTANE-B.....766
<i>colestipol</i> 209	CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW..... 675, 809	CORTEF.....488
COLLATYL.....520	CONTOUR CONTROL SOLUTION, NML.....675, 809	CORTENEMA.....68
COLOR LANCETS..... 674, 807	CONTOUR METER.....675, 809	CORTIFOAM.....68
COMBIGAN.....977	CONTOUR NEXT EZ METER.....675, 809	CORTISOLV.....931
COMBIPATCH.....477		<i>cortisone</i> 488
COMBIVENT RESPIMAT....109		CORTISPORIN-TC.....767
COMBOGESIC.....127		CORTROPHIN GEL.....463
COMETRIQ.....176		COSENTYX.....516
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.... 646, 647, 807, 808		COSENTYX (2 SYRINGES)516
COMFORT EZ LANCETS.....674, 808		
COMFORT EZ PEN NEEDLES.....647, 808		
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL..... 647, 808		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE..... 647, 808		
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC..... 674, 808		

COSENTYX PEN.....	516	CULTURELLE BABY		CURITY DRAINAGE BAG	
COSENTYX PEN (2 PENS)	516	HEALTH DEVELOP.....	71	.....	613, 811
COSENTYX UNOREADY		CULTURELLE BLOATING		CURITY IODOFORM	
PEN.....	516	GAS.....	71	PACKING STRIP.....	701, 811
COSOPT.....	978	CULTURELLE DIGESTIVE		CUROSURF.....	106
COSOPT (PF).....	978	HEALTH.....	71	CUTAQUIG.....	347
COTELLIC.....	166	CULTURELLE IMMUNE		CUTEMOL EMOLLIENT.....	571
COTEMPLA XR-ODT.....	423	DEFENSE.....	71	CUTTER ALL FAMILY.....	576
COVARYX.....	478	CULTURELLE KIDS 4 IN 1		CUTTER BACKWOODS	
COVARYX H.S.....	478	IMMUNE.....	71	DRY.....	576
COVID-19 AT-HOME TEST		CULTURELLE KIDS		CUTTER SKINSATIONS.....	576
.....	618, 810	GROW-THRIVE.....	71	CUVITRU.....	347
<i>covid19 test adm.by</i>		CULTURELLE KIDS		CUVPOSA.....	362
<i>pharmacist</i>	618, 810	GUMMY.....	71	CUVRIOR.....	199
COXANTO.....	131	CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	
COZAAR.....	211	IMMUNE DEFENSE.....	71	<i>12)</i>	288
CRALONIN.....	363	CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>	
<i>cranberry conc-ascorbic acid</i>		PROBIO-FIBER.....	72	<i>cobamamide</i>	289
.....	932	CULTURELLE KIDS		<i>cyanocobalamin-</i>	
<i>cranberry extract</i>	932	PROBIOT-FIBER.....	72	<i>methylcobalamin</i>	289, 338
<i>cranberry fruit</i>	932	CULTURELLE KIDS		CYCLINEX-2.....	305
<i>cranberry fruit concentrate</i>	932	PROBIOTIC-MV.....	340	<i>cyclobenzaprine</i>	776
CRANBERRY URINARY		CULTURELLE KIDS		Cyclogyl.....	970
TRACT HEALTH.....	932	PROBIOTICS.....	72	CYCLOMYDRIL.....	964
CRANBERRY-		CULTURELLE KIDS PRO-		CYCLOPAK.....	775
PROBIOTC(BLEND)-VITC....	70	MV-LUTEIN.....	340	<i>cyclopentolate</i>	970
CRENESSITY.....	459	CULTURELLE MEN'S		<i>cyclopen-tropic-phenyleph-</i>	
CREON.....	66	DAILY HEALTH.....	72	<i>watr</i>	964
CRESEMBA.....	15	CULTURELLE		<i>cyclopent-tropic-phen-ketr-</i>	
CRESTOR.....	212	METABOLISM-WT MGMT....	72	<i>wat</i>	964
CREXONT.....	443	CULTURELLE PROBIOTIC-		<i>cyclophosphamide</i>	135, 153
CRINONE.....	503, 770	MULTIVIT.....	326	<i>cyclop-trop-propa-phen-ket-</i>	
<i>cromolyn</i>	105, 157, 979	CULTURELLE PROBIOTIC-		<i>wat</i>	964
Crotan.....	512	PREBIOTIC.....	72	<i>cycloserine</i>	25
CRYODOSE TA MEDIUM		CULTURELLE		CYCLOSET.....	472
STREAM SPR.....	545	SLIMBIOTICS.....	72	<i>cyclosporine</i>	135, 368, 974
CRYODOSE TA MIST		CULTURELLE WOMEN'S 4-		CYCLOSPORINE IN	
SPRAY.....	545	IN-1.....	72	KLARITY.....	974
CRYOSERV.....	765	CULTURELLE WOMEN'S		<i>cyclosporine modified..</i>	135, 367
Cryselle (28).....	185	WELLNESS.....	73	CYCLOTENS REFILL.....	776
CTEXLI.....	42, 111	CUPRIMINE.....	141, 199	CYCLOTENS STARTER.....	776
CULTURELLE.....	72	CURAFIL GEL WOUND		CYMBALTA.....	371, 415
CULTURELLE ABDOMINAL		.....	520, 810	<i>cyproheptadine</i>	90, 98
SUPP-CMFT.....	70	CURCUPLEX-95.....	932	Cyred.....	185
CULTURELLE ADVANCED		CURITY AMD.....	763, 811	Cyred Eq.....	185
REGULARITY.....	70	CURITY AMD (WITH		CYSTADANE.....	960
CULTURELLE BABY		POLYHEXAMETH)		CYSTADROPS.....	983
COLIC-SOOTHING.....	71	.....	520, 810, 811	CYSTAGON.....	942
CULTURELLE BABY				CYSTARAN.....	983
DIGESTIVE CALM.....	71			CYTOMEL.....	494

CYTOTEC.....	49	DAYTRANA.....	423	DERMACINRX	
D3-2000.....	268	DAYVIGO.....	410	FOLIXAPURE.....	302
<i>dabigatran etexilate</i>	255	DAZAVEIDAOXIA.....	578	DERMACINRX FOLIXATE..	302
DAFILOR.....	594	DAZINIA.....	536	DERMACINRX FOLTAMIN.	302
DAILY FIBER.....	57	DAZOMON.....	578	DERMACINRX FOLTREXYL	
DAILY FIBER (PSYLLIUM- ASPART).....	57	DDAVP.....	476	.....	302
DAILY FIBER (PSYLLIUM- SUCROSE).....	57	DEBACTEROL.....	359	DERMACINRX LACTEROL..	73
DAILY GUMMIES.....	326	Deblitane.....	182	DERMACINRX LEXITRAL..	591
DAILY MULTIVITAMIN- MINERALS.....	311	DECARA K.....	338	Dermacinrx Lidocan.....	533
DAILY PROBIOTIC (4 STRAINS).....	73	<i>deferasirox</i>	200	DERMACINRX LIDOGEL....	533
DAILY PROBIOTIC (B.INFANTIS).....	73	<i>deferiprone</i>	200	DERMACINRX LIDOREX....	534
DAILY PROBIOTIC (S. BOULARDII).....	73	<i>deferoxamine</i>	200	DERMACINRX MULTITAM.	327
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID).....	311	<i>deflazacort</i>	488	DERMACINRX	
DAIRY RELIEF.....	50	DELESTROGEN.....	485	MULTIVITAMIN.....	311
<i>dalfampridine</i>	505	DELIBON.....	540	DERMACINRX PHN PAK....	583
DALIRESP.....	96	DELSTRIGO.....	32	DERMACINRX PRENATRIX	
<i>danazol</i>	503	DELUO.....	518, 768	.....	271
<i>dandelion root</i>	932	<i>demeclocycline</i>	8	DERMACINRX	
DANTRIUM.....	776	DEMEROL.....	115	PRENATRYL.....	271
<i>dantrolene</i>	776	DEMEROL (PF).....	115	DERMACINRX PRETRATE	271
DANZITEN.....	162	DEMSEER.....	207	DERMACINRX PROBINATE.	73
<i>dapsone</i>	16, 590	DENTA 5000 PLUS.....	360	DERMACINRX PROBISOL...	73
DARAPRIM.....	17	DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	360	DERMACINRX PROBITRAN	73
<i>darifenacin</i>	945	DENTAGEL.....	360	DERMACINRX PROBITROL.	73
DARTISLA.....	44	DENVITA.....	539	DERMACINRX PROMEROL.	73
<i>darunavir</i>	30	DEOXIA.....	590, 597	DERMACINRX RIBOTIN-E.	327
<i>dasatinib</i>	162	DEOXIADEMTAR.....	602	DERMACINRX SURGICAL	
Dasetta 1/35 (28).....	185	DEOXIATAR.....	602	PHARMAPAK.....	517
Dasetta 7/7/7 (28).....	193	DEOXIAVAR.....	602	DERMACINRX	
DAURISMO.....	171	DEPAKOTE.....	376, 400	THERAZOLE PAK.....	540
DAVIMET WITH FLUORIDE		DEPAKOTE ER...	376, 400, 454	DERMACINRX VENEXA....	327
.....	286	DEPAKOTE SPRINKLES		DERMACINRX VENEXA FE	
DAVIMET WITH IRON.....	326	.....	377, 401	.....	327
DAVIMET-M.....	311	DEPEN TITRATABS...	141, 199	DERMACINRX VENTRIXYL	327
DAVOL IRRIGATION		DEPLIN FC.....	289	FE.....	327
SYRINGE.....	627, 811	DEPO-ESTRADIOL.....	485	DERMACINRX VITRAMYN.	327
DAVOL PISTON		DEPO-PROVERA.....	197, 198	DERMACINRX VITRANOL.	327
IRRIGATION.....	628, 811	DEPO-SUBQ PROVERA		DERMACINRX VITRANOL	
DAWNZERA.....	203	104.....	198	FE.....	327
DAYAVITE.....	326	Depo-Testosterone.....	469	DERMACINRX VITREXATE	328
DAYBUE.....	938	DERMACINRX		DERMACINRX VITREXATE	
DAYPRO.....	131	CLORHEXACIN.....	517	FE.....	328
Daysee.....	196	DERMACINRX DAVIMET...	311	DERMACINRX ZINTREXYL- C.....	328
		DERMACINRX DEXATRAN	326	DERMACINRX ZRM PAK...	583
		DERMACINRX DOTREMIN	302	DERMALID.....	534
		DERMACINRX FOLDITAM.	302	DERMA-SMOOTH/FS	
		DERMACINRX FOLIFLEX..	327	BODY OIL.....	555
		DERMACINRX FOLITIN-Z..	327		

DERMA-SMOOTH/FS	DEXCOM G7 SENSOR	DIBENZYLINE.....241
SCALP OIL.....555	676, 812	<i>dichlorphenamide</i> 208, 774
DERMASO PLUS.....571	DEXEDRINE SPANSULE	DICLEGIS.....66
DERMAWERX SURGICAL	380, 401, 423	<i>diclofenac epolamine</i> 528
PLUS PAK.....517	DEXERYL.....571	<i>diclofenac potassium</i>
DERMAZENE.....540	DEXILANT.....51	130, 133, 405
DERMELLE.....575	<i>dexlansoprazole</i> 52	<i>diclofenac sodium</i>
DERMOTIC OIL.....767	<i>dexmethylphenidate</i> 423	130, 528, 537, 967
DERM-SILK.....761, 811	DEXONTO.....489	<i>diclofenac submicronized</i> 130
DERMULCERA.....517	DEXTENZA.....971	<i>diclofenac-misoprostol</i> 127
DERPIXA.....575	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	DICLOFEX DC.....591
DESCOVY.....20	380, 381, 402, 423, 424	DICLOFONO.....528
DESFERAL.....200	<i>dextroamphetamine-</i>	DICLOGEN.....591
<i>desflurane</i> 148	<i>amphetamine</i>	DICLOPR.....591
<i>desipramine</i> 418	381, 424, 425, 432	DICLOSAICIN.....592
<i>desloratadine</i> 91, 92, 107	DHEA.....927	DICLOTAL.....592
<i>desmopressin</i> 476	DHIVY.....443	DICLOTREX.....592
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 196	DIABETIC MULTIVITAMIN..328	DICLOVIX.....539
<i>desonide</i> 555, 556	DIACOMIT.....396, 397	<i>dicloxacillin</i> 33
DESOWEN.....556	DIADIMAXIA.....597	<i>dicyclomine</i> 44
<i>desoximetasone</i> 556	DIAOXIA.....597	<i>diethylpropion</i> 954
DESOXYN.....401, 423	DIAPERS, UNISEX SIZE 1	DIFFERIN.....607, 608
<i>desvenlafaxine</i> 415	616, 812	DIFICID.....13
<i>desvenlafaxine succinate</i> 415	DIAPERS, UNISEX SIZE 2	<i>diflorasone</i> 557
DEVILBISS DISPOSABLE	616, 812	DIFLUCAN.....15
NEBULIZER.....620, 811	DIAPERS, UNISEX SIZE 3	<i>diflunisal</i> 129
DEVILBISS PULMO-AIDE	617, 812	<i>difluprednate</i> 971
COMPRESSR.....755, 811	DIAPERS, UNISEX SIZE 4	DIFMETIOXRIME.....539
DEVILBISS PULMOMATE	617, 812	DIGEST ADV PROBIO
COMPRESSOR.....755, 811	DIAPERS, UNISEX SIZE 5	PLUS GAS.....73
DEVILBISS TRAVELER	617, 812	DIGEST PROBIOTIC
COMPRESSOR.....756, 811	DIAPERS, UNISEX SIZE 6	(S.BOULARDII).....73
Dexabliss.....488	617, 812	DIGESTIVE ADVANTAGE
<i>dexamethasone</i> 488, 489	DIASAXIATAR.....602	IMMUNE.....74
DEXAMETHASONE	DIASDIMAXIA.....597	DIGESTIVE ADVANTAGE
INTENSOL.....488	DIASOXIA.....597	INTENS BOW.....74
<i>dexamethasone sodium</i>	DIATROL.....328	DIGESTIVE ADVANTAGE
<i>phosphate</i> 971	DIATRUE CONTROL SOLN	KID PROBIO.....74
<i>dexchlorpheniramine</i>	NORMAL.....676, 812	DIGESTIVE ADVANTAGE
<i>maleate</i> 87, 90	DIATRUE CONTROL	LACTOS SUP.....74
DEXCOM G6 RECEIVER	SOLUTION HIGH.....676, 812	DIGESTIVE ADVANTAGE
.....675, 811	DIATRUE CONTROL	PROBIOTIC.....74
DEXCOM G6 SENSOR	SOLUTION LOW.....676, 812	DIGESTIVE PROBIOTIC.....74
.....675, 811	DIATRUE PLUS BLOOD	DIGESTIVE SUPPORT.....932
DEXCOM G6	GLUCOSE MET.....676, 812	Digitek.....204
TRANSMITTER.....676, 812	DIATRUE PLUS TEST	<i>digoxin</i> 204
DEXCOM G7 RECEIVER	STRIP.....713, 813	<i>dihydroergotamine</i> 453
.....676, 812	<i>diazepam</i> 411, 414, 436	Dilantin.....395
	Diazepam Intensol.....411, 436	Dilantin Extended.....395
	<i>diazoxide</i> 461	Dilantin Infatabs.....395

DILANTIN-125.....	396	<i>dorzolamide (pf)</i>	980	DROPSAFE PEN NEEDLE	
DILAUDID.....	115	<i>dorzolamide-timolol</i>	978	.....	649, 815
DILAUDID (PF).....	115	<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	978	DROPSAFE SICURA	
<i>diltiazem hcl</i>	221, 222	DOSOKAP.....	338	SAFETY NEEDLE.....	628, 815
DILT-XR.....	222	Dotti.....	485	<i>drospirenone-e.estradiol-</i>	
DILUTING MEDIUM FOR		DOVATO.....	20	<i>lm.fa</i>	185
NOVOLOG.....	303	DOVER BULB SYRINGE		<i>drospirenone-ethinyl</i>	
DIMENTHO.....	592	.....	628, 813	<i>estradiol</i>	185
<i>dimethyl fumarate</i>	507	DOVER COATED LATEX		DROXIA.....	264
DIMOXIA.....	518	FOLEY.....	641, 813	<i>droxidopa</i>	242
DIOCHLOY.....	546	DOVER LATEX FOLEY		DRY SKIN THERAPY(WITH	
DIONARIS.....	540	CATHETER.....	642, 813	LANOLIN).....	572
DIOOXIA.....	531	DOVER RED RUBBER		DRY SKIN THERAPY(W-	
DIOVAN.....	211	ROBINSON CATH.....	642, 813	PETROLATUM).....	572
DIOVAN HCT.....	224	DOVER UNIVERSAL..	642, 813	DRYSOL.....	539
DIOVASC.....	302	<i>doxazosin</i>	242	DRYSOL DAB-O-MATIC....	538
DIPENTUM.....	38	<i>doxepin</i>	418, 447, 513	DSUVIA.....	115
Diphen.....	90, 97	<i>doxercalciferol</i>	957	DUAKLIR PRESSAIR.....	110
<i>diphenoxylate-atropine</i>	48	<i>doxycycline hyclate</i> 8, 9, 10, 362		DUAVEE.....	502
DIPROLENE		<i>doxycycline monohydrate</i>		DUETACT.....	474
(AUGMENTED).....	557	.....	10, 584	DULERA.....	111
<i>dipyridamole</i>	257	<i>doxylamine-pyridoxine (vit</i>		<i>duloxetine</i>	371, 416
DISALCID.....	129	<i>b6)</i>	66	DULOXICAINE....	371, 372, 416
DISKETTS.....	115	D-PENAMINE.....	141, 199	DUOBRII.....	514
<i>disopyramide phosphate</i>	228	DRAMAMINE GINGER.....	932	DUODOTE.....	202
<i>disulfiram</i>	366	DRAMAMINE NON-		DUOPA.....	443
DITHOL.....	592	DROWSY.....	932	DUPIXENT PEN.....	108, 511
DIURIL.....	228	DRAXACE.....	598	DUPIXENT SYRINGE..	108, 511
<i>divalproex</i>	377, 401, 454	DRAXACEY.....	598	DUREX AVANTI BARE	
DIVENDO.....	540	DRITHOCREME HP.....	531	REAL FEEL.....	614, 815
DIVIGEL.....	485	DRIXECE.....	599	DUREX EXTRA SENSITIVE	
DIVINIX.....	546	DRIZALMA SPRINKLE	371, 416	CONDOM.....	614, 815
DM2.....	469	<i>dronabinol</i>	44, 384, 955	DUREX TROPICAL	
DMT SUIK.....	489	DROPLET GENTEEL		CONDOM.....	614, 815
Dodex.....	289	LANCING DEVICE.....	676, 813	DUREZOL.....	971
<i>dofetilide</i>	210	DROPLET INSULIN		DURLAZA.....	129, 256
DOJOLVI.....	317	SYR(HALF UNIT).....	647, 813	DUROLANE.....	778
Dolishale.....	185	DROPLET INSULIN		<i>dutasteride</i>	942
DOLOBID.....	129	SYRINGE.....	648, 814	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	941
DOLOTRANZ.....	595	DROPLET LANCETS..	676, 814	DUVYZAT.....	773
DOMELA.....	546	DROPLET LANCING		DYANAVEL XR... 425, 432, 433	
<i>donepezil</i>	939	DEVICE.....	676, 814	DYCLOPRO.....	580
DONNATAL.....	47	DROPLET MICRON PEN		DYMISTA.....	88
DOPTelet (10 TAB PACK)247		NEEDLE.....	648, 814	DYNAFOAM AG.....	520
DOPTelet (15 TAB PACK)248		DROPLET PEN NEEDLE		DYNAGINATE AG.....	521
DOPTelet (30 TAB PACK)248		.....	648, 814	DYNOMA.....	546
DORAL.....	412, 434	DROPSAFE ACTI-LANCE		DYRENIUM.....	219
DORYX.....	8	.....	676, 814	E.E.S. 400.....	13
DORYX MPC.....	8	DROPSAFE INSULIN		EAA UCD.....	305
<i>dorzolamide</i>	980	SYRINGE.....	648, 814, 815		

EAR POPPER INFLATION DEVICE..... 703, 815	EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN..... 677, 818	EASY TOUCH LANCING DEVICE..... 678, 822
EASIVENT HOLDING CHAMBER.....756, 815	EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER..... 677, 818	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN..... 650, 822
EASIVENT MASK LARGE 756, 815	EASY TALK GLUCOSE TEST..... 714, 818	EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE..... 629, 630, 822
EASIVENT MASK MEDIUM 756, 815	EASY TALK HIGH CONTROL.....677, 818	EASY TOUCH PEN NEEDLE..... 651, 822
EASIVENT MASK SMALL 756, 815	EASY TALK LOW CONTROL.....677, 818	EASY TOUCH SAFETY LANCETS.....678, 822
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE..... 649, 815, 816	EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL.....677, 819	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....651, 822
EASY COMFORT LANCETS.....676, 816	EASY TALK PLUS II LOW CONTROL.....677, 819	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 651, 823
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....649, 816	EASY TALK PLUS II TEST STRIP.....715, 819	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL 630, 823
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....649, 816	EASY TOUCH 630, 651, 822, 823	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 630, 823
EASY FIBER..... 57	EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3.....677, 819	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 630, 823
EASY FIBER (WHEAT DEXTRIN).....57	EASY TOUCH BLULINK GLUC SYST..... 677, 819	EASY TOUCH TEST STRIP 715, 824
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING..... 628, 816	EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP.....715, 819	EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK 630, 824
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE..... 649, 816	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN..... 650, 819	EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK 631, 824
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE..... 628, 816, 817	EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE..... 628, 820	EASY TOUCH TWIST LANCETS.....678, 824
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING..... 628, 817	EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 628, 629, 820	EASY TOUCH UNI-SLIP 631, 651, 824
EASY GLIDE PEN NEEDLE 650, 817	EASY TOUCH FLURINGE 629, 821	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER..... 678, 824
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE..... 676, 817	EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK..... 629, 820	EASY TRAK GLUCOSE TEST..... 716, 825
EASY NEB COMPRESSOR NEBULIZER..... 756, 817	EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK..... 629, 820	EASY TRAK HIGH CONTROL.....678, 825
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE MET..... 676, 817	EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR.....677, 821	EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE MTR..... 678, 825
EASY PLUS II HIGH CONTROL.....676, 817	EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL.....677, 821	EASY TRAK II CTRL SOLN- NORMAL..... 678, 825
EASY PLUS II LOW CONTROL.....677, 817	EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 629, 821	EASY TRAK II TEST STRIP 716, 825
EASY PLUS II TEST... 714, 817	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR..... 650, 821	EASY TRAK LOW CONTROL.....678, 825
EASY STEP.....714, 818	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 650, 821	EASY TWIST AND CAP LANCETS.....678, 825
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER..... 677, 817	EASY TOUCH LANCETS 678, 821	EASY-C IMMUNE HEALTH 297
EASY STEP HIGH CONTROL SOLN..... 677, 818		
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION677, 818		

EASYGLUCO METER.678, 825	EFFER-K..... 309	<i>eltrombopag olamine</i> 248
EASYGLUCO	EFFEXOR XR.....416	Eluryng..... 181
MONITORING SYSTEM	EFFIENT.....255	ELYXYB.....405
.....678, 825	EFUDEX..... 582	ELYZIA..... 569
EASYGLUCO TEST 716, 826	EGRIFTA SV 502	ELYZIA (WITH
EASYMAX..... 717, 827	EGRIFTA WR..... 502	HYALURONATE)..... 569
EASYMAX 15 LEVEL 2	EKTERLY..... 240	EMBRACE BLOOD
.....678, 826	ELDERTONIC..... 314	GLUCOSE SYSTEM
EASYMAX 15 TEST	ELECARE JR..... 317	679, 718, 829
STRIPS.....717, 826	<i>electrolytes-dextrose</i> 306	EMBRACE EVO BLOOD
EASYMAX NG.....678, 826	ELEMAR.....595	GLUCOSE KIT 679, 829
EASYMAX NORMAL	ELEMENT COMPACT	EMBRACE EVO GLUCOSE
CONTROL..... 678, 826	GLUCOSE METER..... 679, 827	MONITOR.....679, 829
EASYMAX T1..... 679, 827	ELEMENT COMPACT HIGH	EMBRACE EVO LEVEL 1
EASYMAX V SPEAKING	CONTROL..... 679, 827	680, 829
GLUCOSE SYS.....679, 827	ELEMENT COMPACT	EMBRACE EVO TEST
EASYPOINT NEEDLE.631, 827	NORMAL CONTROL...679, 828	STRIPS.....718, 829
EASY-TOUCH BLOOD	ELEMENT COMPACT TEST	EMBRACE GLUCOSE
GLUCOSE METER..... 679, 827	STRIPS.....717, 828	CONTROL HIGH.....680, 829
EBASE CONTROLLER	ELEMENT COMPACT V	EMBRACE GLUCOSE
.....756, 827	GLUCOSE MTR..... 679, 828	CONTROL LOW.....680, 830
EBGLYSS PEN..... 522	ELEMENT HIGH CONTROL	EMBRACE LANCETS. 680, 830
EBGLYSS SYRINGE.....523	679, 828	EMBRACE LANCING
ECEOXIA.....590	ELEMENT LOW CONTROL	DEVICE..... 680, 830
<i>echinacea</i> 932	679, 828	EMBRACE PEN NEEDLE
<i>echinacea purp aerial part</i>	ELEMENT NORMAL	651, 830
<i>ext</i> 932	CONTROL..... 679, 828	EMBRACE PRO 680, 830
ECLIPSE NEEDLE..... 631, 827	ELEMENT PLUS BLOOD	EMBRACE PRO GLUCOSE
ECLIPSE SYRINGE.... 631, 827	GLUCOSE KIT 679, 828	METER.....680, 830
EC-NAPROSYN..... 131	ELEMENT TEST STRIPS	EMBRACE PRO TEST
EC-NAPROXEN..... 131	718, 828	STRIPS.....719, 830
<i>econazole nitrate</i> 586	ELEPSIA XR.....433	EMBRACE SAFETY
ECONTRA EZ..... 180, 182	ELESTRIN.....485	LANCET..... 680, 830
ECONTRA ONE-STEP 180, 182	<i>eletriptan</i> 450	EMBRACE TALK BLOOD
ECOTRIN..... 129, 256	ELIDEL..... 568	GLUCOSE SYS.....680, 830
ECOZA..... 586	ELIGARD.....177	EMBRACE TALK
EDARBI..... 211	ELIGARD (4 MONTH)..... 177	CONTROL-HIGH (L2). 680, 830
EDARBYCLOR.....224	ELIMITE.....512	EMBRACE TALK
EDECRIIN..... 208	Elinest.....185	CONTROL-LOW (L1).. 680, 830
EDLUAR.....404	ELIQUIS..... 257, 258	EMBRACE TALK
ED-SPAZ.....49, 946	ELIQUIS DVT-PE TREAT	GLUCOSE MONITOR.680, 831
EDURANT..... 3	30D START..... 257	EMBRACE TALK TEST
EDURANT PED.....3	ELITE-OB..... 328	STRIPS.....719, 831
EEMT.....478	Elixophyllin.....109	EMBRACE WAVE
EEMT HS.....478	ELLA..... 180, 181	GLUCOSE TEST STRP
<i>efavirenz</i> 3	ELLUME COVID-19 HOME	719, 831
<i>efavirenz-emtricitabin-</i>	TEST..... 618, 829	EMBRACE WAVE PLUS
<i>tenofov</i> 32	ELLZIA PAK..... 548	GLUCOSE MTR..... 680, 831
<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i>	ELMIRON..... 941	EMEND.....43
<i>disop</i> 32	ELOCTATE.....259	EMERGEN-C.....300

EMERGEN-C APPLE	Enpresse.....	193	EQUETRO.....	377, 389		
CIDER VINEGAR.....	299, 932	ENSACOVE.....	159	<i>ergocalciferol (vitamin d2)...</i>	268	
EMERGEN-C	Enskyce.....	185	<i>ergoloid</i>	940		
ASHWAGANDHA.....	300	ENSPRYNG.....	369	ERGOMAR.....	453	
EMERGEN-C	ENSTILAR.....	586	<i>ergotamine-caffeine</i>	458		
ELDERBERRY.....	300	ENSURE CLEAR	ERIVEDGE.....	171		
EMERGEN-C ENERGY	THERAPEUTIC.....	317	ERLEADA.....	178		
PLUS.....	300	ENSURE RAPID	<i>erlotinib</i>	174		
EMERGEN-C IMMUNE	HYDRATION.....	306	ERMEZA.....	494		
PLUS.....	300	ENSURE SURGERY.....	317	Errin.....	182	
EMERGEN-C KIDZ DAILY	ENSURE SURGERY	PERIOP BUNDLE.....	318	ERTACZO.....	586	
IMMUNE.....	340	<i>entacapone</i>	409	Ery Pads.....	590	
EMERGEN-C KIDZ	ENTADFI.....	948	ERYGEL.....	590		
IMMUNE PLUS.....	340	<i>entecavir</i>	35	ERYPED 400.....	13	
EMERGEN-C TURMERIC	<i>enteral connector, enfit</i>	643, 831	Ery-Tab.....	13		
GINGER.....	300	ENTERAL GRAVITY BAG	ERYTHROCIN (AS	STEARATE).....	14	
EMFLAZA.....	489	SET-ENFIT.....	643, 831	<i>erythromycin</i>	14, 962	
EMGALITY PEN.....	454	ENTRESTO.....	243	<i>erythromycin ethylsuccinate..</i>	14	
EMGALITY SYRINGE.....	384, 454	ENTRESTO SPRINKLE.....	243	<i>erythromycin with ethanol....</i>	591	
EMPAVELI.....	262	ENTTY.....	572	<i>erythromycin-benzoyl</i>		
EMROSI.....	10, 584	ENTYVIO PEN.....	39	<i>peroxide</i>	599	
EMSAM.....	421	Enulose.....	38	ESBRIET.....	93	
<i>emtricitabine</i>	22	ENVARSUS XR.....	368	<i>escitalopram oxalate</i>	437	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)...</i>	21	ENVIVE.....	74	Esgic.....	142	
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenof df...</i>	32	ENZNONUTY.....	595	<i>eslicarbazepine</i>	389	
EMTRIVA.....	22	EOHILIA.....	489	<i>esomeprazole magnesium....</i>	52	
EMULSION SB.....	572	EPANED.....	241	ESPEROCT.....	259	
EMVERM.....	2	EPCLUSA.....	18	Estarylla.....	185	
Emzahn.....	182	EPICERAM.....	572	<i>estazolam</i>	412, 434	
<i>enalapril maleate</i>	241	EPICYN.....	518	Estrace.....	770	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	238	EPIDIOLEX.....	396	<i>estradiol</i>	486, 770	
ENBRACE HR.....	311	EPIDUO.....	604	<i>estradiol valerate</i>	487	
ENBREL.....	113, 147	EPIDUO FORTE.....	604	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	477	
ENBREL MINI.....	113, 146	EPIFIX AMNIOTIC	MEMBRANE.....	515		
ENBREL SURECLICK.....	113, 147	EPIFOAM.....	581	ESTRATEST F.S.....	478	
ENDARI.....	264, 269, 316	<i>epinastine</i>	970	ESTRING.....	771	
ENDO AVITENE.....	245	<i>epinephrine</i>	107, 242	ESTROGEL.....	487	
Endocet.....	124, 136	EPIPEN.....	242	<i>estrogens-</i>		
ENDOMETRIN.....	503	EPIPEN 2-PAK.....	242	<i>methyltestosterone</i>	478	
ENFIT IRRIGAT SYRINGE-	CONTAINR.....	643, 831	EPIPEN JR.....	242	ESTROVEN CMPLT	
ENFIT MEDICAL STRAW	612, 831	EPIPEN JR 2-PAK.....	242	MENOPAUSE RLF.....	932	
ENFIT MEDICINE BOTTLE	ADAPTER.....	612, 831	Epitol.....	377, 389	ESTROVEN SLIMBIOTICS...	74
ENGERIX-B (PF).....	356	EPIVIR.....	22	<i>eszopiclone</i>	404	
Enilloring.....	181	<i>eplerenone</i>	227, 240	<i>ethacrynic acid</i>	208	
<i>enoxaparin</i>	252	EPOGEN.....	250	<i>ethambutol</i>	25	
ENOXILUV.....	252	EPRONTIA.....	391	<i>ethosuximide</i>	400	
		<i>eprosartan</i>	211	ETHOXIA.....	608	
		EPSOLAY.....	578	<i>ethyl acetate</i>	763	
				<i>ethyl alcohol</i>	206	
				<i>ethyl chloride</i>	524	

<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 185	EVOXAC.....358	FANAPT TITRATION PACK
<i>etodolac</i> 134	EVRYSDI.....779	C.....419
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	EXCEL SYRINGE.....631, 834	FANTASY CONDOM...614, 836
.....181	EXEL HYPODERMIC	FARESTON.....179
<i>etoposide</i> 157	NEEDLES.....631, 834	FARXIGA.....471
<i>etravirine</i> 3	EXEL INSULIN.....651, 834	FASENRA PEN.....108
<i>eua patient assessment</i>	EXEL SYRINGE..631, 834, 835	FASTEP COVID-19 AG
.....612, 832	EXELDERM.....586, 587	HOME TEST.....618, 836
EUCERIN ADVANCED	EXELON PATCH.....939	FC2 FEMALE CONDOM
REPAIR.....572	<i>exemestane</i> 177	615, 836
EUCERIN INTENSIVE	<i>exenatide</i> 475	<i>febuxostat</i> 937
REPAIR.....572	EXFORGE.....235	FEIBA NF.....254
EUCRISA.....511	EXFORGE HCT.....221	Feirza.....186
EUFLEXXA.....778	EXJADE.....200	<i>felbamate</i> 385
EURAX.....512	EXODERM.....539	FELBATOL.....385
EUTHYROX.....494	EXTENDED RESERVOIR	FELDENE.....132
EVAMIST.....487	651, 835	<i>felodipine</i> 222
Evekeo.....381, 402, 425	EYE.....363	FEM DOPHILUS.....74
EVENCARE.....681, 832, 833	EYE HEALTH AREDS-2.....928	FEM PH.....772
EVENCARE G2...680, 720, 832	EYE HEALTH PLUS	FEMALE CATHETER..642, 836
EVENCARE G3 CONTROL	LUTEIN.....328, 928	FEMARA.....178
.....680, 832	EYE MULTIVITAMIN...328, 928	FEMCAP.....616, 836
EVENCARE G3 GLUCOSE	EYELID WIPES (WITH	FEMLYV.....186
METER.....681, 832	CHAMOMILE).....582	FEMRING.....771
EVENCARE G3 TEST.720, 832	EYSUVIS.....972	<i>fenofibrate</i> 219
EVENCARE MINI	E-Z JECT LANCETS...681, 835	<i>fenofibrate micronized</i> 218
GLUCOSE TEST STR.720, 833	E-Z JECT THIN LANCETS	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .219
EVENCARE MINI	681, 835	<i>fenofibric acid</i> 219
MONITOR SYSTEM....681, 833	EZ SMART CONTROL 681, 835	<i>fenofibric acid (choline)</i> 219
EVENCARE PROVIEW	EZ SMART LANCETS.681, 835	FENOGLIDE.....219
TEST STRIP.....721, 833	EZ SMART PLUS SYSTEM	<i>fenopropfen</i> 131
EVENCARE TEST.....721, 833	681, 835	FENOPRON.....131
<i>evening primrose oil</i> 933	EZ SMART PLUS TEST	FENOVAR.....592
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..167	722, 835	FENOVIA.....539
<i>everolimus</i>	EZ SMART SYSTEM...681, 835	<i>fentanyl</i> 116
(<i>immunosuppressive</i>).....369	EZ SMART TEST.....722, 836	<i>fentanyl citrate</i> 116
EVERSENSE 365 SENSOR	EZALLOR SPRINKLE.....213	<i>fentanyl citrate (pf)</i> 115, 148
.....681, 834	<i>ezetimibe</i> 212	<i>fentanyl citrate (pf)-0.9%nacl</i>
EVERSENSE 365	<i>ezetimibe-rosuvastatin</i> 233	116
TRANSMITTER.....681, 834	<i>ezetimibe-simvastatin</i> 233	<i>fenugreek seed</i> 933
EVICEL.....253	FABHALTA.....244, 262	FERGON.....290
EVISTA.....483	Falmina (28).....185	FERIVA 21-7.....293
EVOCLIN.....591	<i>famciclovir</i> 15	FERIVA FA (WITH
EVOLUTION BLOOD	<i>famotidine</i> 51	SUMALATE).....293
GLUCOSE METER.....681, 834	FANAPT.....419	FERRETTS IPS.....290
EVOLUTION NORMAL	FANAPT TITRATION PACK	<i>ferric citrate</i> 291, 950, 952
CONTROL.....681, 834	A.....419	<i>ferric glycinate</i> 291
EVOLUTION TEST STRIPS	FANAPT TITRATION PACK	FERRIPROX.....200
.....721, 834	B.....419	FERRIPROX (2 TIMES A
EVOTAZ.....26, 31		DAY).....200

<i>ferrous fumarate</i>	291	Flac Otic Oil.....	767	FLUAD 2025-2026 (65 YR	
<i>ferrous gluconate</i>	291	FLAREX.....	972	UP)(PF).....	354
<i>ferrous sulfate</i>	291	FLASHARREST.....	933	FLUARIX 2025-2026 (PF)...	354
FERVINA.....	539	<i>flavoxate</i>	947	FLUBLOK 2025-2026 (PF) ..	354
<i>fesoterodine</i>	947	<i>flaxseed oil</i>	933	FLUCELVAX 2025-2026.....	354
FETZIMA.....	416	<i>flecainide</i>	234	FLUCELVAX 2025-2026	
FE-VITE.....	291	FLECTOR.....	528	(PF).....	354
Fexmid.....	776	FLEQSUVY.....	777	<i>fluconazole</i>	15
FIASP FLEXTOUCH U-100		FLEXICHAMBER.....	756, 836	<i>flucytosine</i>	15
INSULIN.....	466	FLEXICHAMBER-LG CHILD		<i>fludrocortisone</i>	479
FIASP PENFILL U-100		MASK.....	756, 836	FLULAVAL 2025-2026 (PF)	355
INSULIN.....	466	FLEXICHAMBER-SM		FLUMIST 2025-2026... 342, 355	
FIASP PUMPCART.....	466	ADULT MASK.....	756, 836	FLUMIST HOME 2025-2026	
FIASP U-100 INSULIN.....	466	FLEXICHAMBER-SM		.....	343, 355
FIBER (DEXTRIN).....	57	CHILD MASK.....	756, 836	<i>flunisolide</i>	100
FIBER (PSYLLIUM HUSK-		FLEXI-SEAL SIGNAL FMS		<i>fluocinolone</i>	557
SUGAR).....	58	.....	613, 836	<i>fluocinolone acetone oil</i>	767
FIBER (WITH		FLINTSTONES COMPLETE		<i>fluocinolone and shower cap</i>	
ASPARTAME).....	58	(FE SULF).....	340	.....	557
FIBER GUMMIES.....	58	FLINTSTONES IMMUNITY		<i>fluocinonide</i>	558
FIBER GUMMIES (WITH B-		SUPPORT.....	341	Fluocinonide-E.....	558
COMPLEX).....	58	FLINTSTONES WITH		<i>fluocinonide-emollient</i>	558
FIBER		EXTRA IRON.....	341	FLUOPAR.....	548
SUPPLEMENT(WHEATDEX		FLOLIPID.....	213	<i>fluorescein-benoxinate</i> 967, 978	
TRIN).....	58	FLOMAX.....	942	<i>fluorescein-proparacaine</i>	967
FIBER THERAPY		FLORAFOL FE PEDIATRIC	286	<i>fluoride (sodium)</i>	360, 361
(PSYLLIUM-SUCRO).....	58	FLORAFOL PEDIATRIC.....	286	FLUORIDEX DAILY	
FIBERWELL.....	58	FLORAFOL PEDIATRIC		DEFENSE.....	361
FIBRICOR.....	219	MULTIVITAMI.....	286	FLUORIDEX SENSITIVITY	
<i>fidaxomicin</i>	14	FLORAJEN WOMEN.....	74	RELIEF.....	361
FIDILA.....	539	FLORAMAX.....	74	FLUORIMAX 5000.....	361
FILOMA.....	594	FLORASAVE.....	75	FLUORIMAX 5000	
FILSPARI.....	203	FLORASTART.....	75	SENSITIVE.....	361
FILSUVEZ.....	517	FLORASTOR ADVANCED ...	75	<i>fluorometholone</i>	972
FINACEA.....	578, 591	FLORASTOR DIGEST-		<i>fluorouracil</i>	582
<i>finasteride</i>	941	METABOLIC.....	75	FLUOVIX.....	558
FINAZOL.....	328	FLORASTOR WOMAN'S		FLUOVIX PLUS.....	558
FINGERSTIX LANCETS		PROBIOTIC.....	75	<i>fluoxetine</i>	437
.....	681, 836	FLORASTORBABY.....	75	FLUOXIA.....	546
<i>ingolimod</i>	506	FLORASTORKIDS.....	75	<i>fluphenazine hcl</i>	384
FINTEPLA.....	397	FLORASTORSELECT GUT		<i>flurandrenolide</i>	558, 559
Finzala.....	186	BOOST.....	75	<i>flurazepam</i>	412, 434
Fioricet.....	142	FLORASTORSELECT		<i>flurbiprofen</i>	131
FIORICET WITH CODEINE	145	IMMUNITY BOOST.....	75	<i>flurbiprofen sodium</i>	967
FIRAZYR.....	208	FLORATUMMYS QUICK		<i>fluticasone propionate</i>	
FIRDAPSE.....	774	DISSOLVE.....	75	.....	94, 95, 100, 559
FIRMAGON KIT W		FLOWFLEX COVID-19 AG		<i>fluticasone propion-</i>	
DILUENT SYRINGE.....	169	HOME TEST.....	618, 836	<i>salmeterol</i>	111
FIRVANQ.....	28	FLOWFLEX PLUS COVID-		<i>fluvastatin</i>	213, 214
FISH OIL.....	229	19 AND FLU.....	618, 837	<i>fluvoxamine</i>	437

FLUZONE 2025-2026.....	355	FORA LOW CONTROL	682, 839	FORTIFY PROBIOTIC.....	76
FLUZONE 2025-2026 (PF) ..	355	FORA NORMAL CONTROL	682, 839	FORTIFY PROBIOTIC 50	
FLUZONE HIGH-DOSE		FORA PREMIUM V10		PLUS.....	76
2025-26 (PF).....	355	GLUCOSE METER.....	682, 839	FORTIFY WOMEN	
FML FORTE.....	972	FORA TEST N'GO VOICE		PROBIO(L.SALIV.).....	76
FML LIQUIFILM.....	972	METER.....	682, 839	FORTIFY WOMEN	
FOCALIN.....	425	FORA TEST STRIP.....	724, 839	PROBIOTIC.....	77
FOCALIN XR.....	425	FORA TN'G ADV MOBILE		FOSAMAX.....	482
FOLAGENT DHA.....	328	MULTI MTR.....	702, 840	FOSAMAX PLUS D.....	496
FOLAMAX.....	328	FORA TN'G ADVAN PRO		<i>fosamprenavir</i>	31
FOLAMED DHA.....	329	TEST STRIP.....	725, 840	<i>fosfomycin tromethamine</i>	
FOLAPRIME.....	329	FORA TN'G ADVANCE		.....	33, 945
FOLCYTEINE.....	337	PRO MONITOR.....	702, 840	<i>fosinopril</i>	241
FOLET ONE.....	271, 312	FORA TN'G VOICE METER		<i>fosinopril-</i>	
FOLETRA.....	289	.....	682, 840	<i>hydrochlorothiazide</i>	238
<i>folic acid</i>	289	FORA TN'G VOICE TEST		FOSRENOL.....	950, 951
<i>folic acid-vitamin b6-vit b12</i>	338	STRIPS.....	725, 840	FOTIVDA.....	162
FOLIC D3.....	302	FORA V10.....	725, 841	FRAGMIN.....	252, 253
FOLICORE B COMPLEX....	338	FORA V10-V12-D10-D20		FRAICHE 5000.....	361
FOLIKA-BC.....	266	STRIPS.....	726, 841	FRAICHE 5000 PREVI.....	361
FOLIVANE-OB.....	329	FORA V12 BLOOD		FRAICHE 5000 SENSITIVE	361
FOLLISTIM AQ.....	492	GLUCOSE SYSTEM... 682, 841		FREESTYLE CONTROL	
FOLVITA COMPLEX.....	338	FORACARE GD20.....	726, 841	.....	683, 842
<i>fondaparinux</i>	257	FORACARE GD20		FREESTYLE FLASH	
FORA 6 CONNECT		GLUCOSE METER.....	682, 841	SYSTEM.....	683, 842
GLUCOSE STRIP.....	722, 837	FORACARE GD40 TEST		FREESTYLE FREEDOM	
FORA 6CONN-GTEL-TN'G		STRIPS.....	726, 842	.....	683, 842
ADV STRIP.....	723, 837	FORACARE GD40B		FREESTYLE FREEDOM	
FORA D40D GLUCOSE-BP		GLUCOSE METER.....	682, 842	LITE.....	683, 842
MONITOR.....	681, 703, 837	FORACARE GDH HIGH		FREESTYLE INSULINX	
FORA D40G GLUCOSE-BP		CONTROL.....	682, 842	.....	683, 727, 842, 843
MONITOR.....	682, 703, 837	FORACARE GDH LOW		FREESTYLE INSULINX	
FORA D40-G31 TEST		CONTROL.....	682, 842	TEST STRIPS.....	727, 843
STRIPS.....	723, 838	FORACARE GDH NORMAL		FREESTYLE LANCETS	
FORA G20.....	682, 723, 838	CONTROL.....	683, 842	.....	683, 843
FORA G30A.....	682, 838	FORACARE LANCETS		FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA GD50 BLOOD		.....	683, 842	READER.....	683, 843
GLUCOSE SYSTEM... 682, 838		FORANE.....	148	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	
FORA GD50 TEST STRIPS		<i>formoterol fumarate</i>	104	SENSOR.....	683, 843
.....	724, 838	FORTEO.....	461	FREESTYLE LIBRE 2 PLUS	
FORA GTEL GLUCOSE		FORTIFY OPT ADV (L.		SENSOR.....	683, 843
TEST STRIP.....	724, 839	SALIVARUS).....	76	FREESTYLE LIBRE 2	
FORA GTEL MULTI-		FORTIFY OPTIMA		READER.....	683, 843
FUNCTN MONITOR....	702, 839	PROBIOTIC.....	76	FREESTYLE LIBRE 2	
FORA HIGH CONTROL		FORTIFY OPTIMA WOMEN		SENSOR.....	683, 843
.....	682, 839	ADVANCED.....	76	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	
FORA LANCING DEVICE		FORTIFY OPTIMA WOMEN		SENSOR.....	683, 843
.....	682, 839	PROBIOTIC.....	76	FREESTYLE LIBRE 3	
				READER.....	684, 844

FREESTYLE LIBRE 3			
SENSOR.....	684, 844	<i>garlic extract</i>	933
FREESTYLE LITE METER		GARLICIN CARDIO	933
.....	684, 844	GARLIX.....	933
FREESTYLE LITE STRIPS		GAS RELIEF-PREVENTION..	45
.....	727, 844	GASTRACID	67
FREESTYLE PRECISION		GASTROCROM.....	157
.....	652, 844, 845	<i>gatifloxacin</i>	962
FREESTYLE PRECISION		GATTEX 30-VIAL.....	46
NEO METER.....	684, 844	GATTEX ONE-VIAL.....	46
FREESTYLE PRECISION		GAVILYTE-C.....	61
NEO STRIPS.....	727, 844	Gavilyte-G.....	62
FREESTYLE SIDEKICK II		Gavilyte-N.....	62
.....	684, 845	GAVRETO.....	170
FREESTYLE SYSTEM KIT		GDRIVE.....	684, 845
.....	684, 845	GE100 BLOOD GLUCOSE	
FREESTYLE TEST	728, 845	SYSTEM.....	684, 845
FREESTYLE UNISTIK 2		GE100 BLOOD GLUCOSE	
.....	684, 845	TEST STRIP.....	728, 845
FRIVO.....	539	GE100 CONTROL	
FROTEK.....	528	SOLUTION NORMAL..	684, 845
FROVA.....	450	GE333 BLOOD GLUCOSE	
<i>frovatriptan</i>	451	SYSTEM.....	684, 846
FRUITIVITS.....	318	GE333 BLOOD GLUCOSE	
FRUZAQLA.....	162	TEST STRIP	728, 846
FULPHILA.....	248	<i>gefitinib</i>	174
Fulvicin P/G.....	34	<i>gelatin</i>	933
FURADANTIN.....	27, 944	GELCLAIR.....	357
FUROSCIX.....	209	GELFILM.....	245, 975
<i>furosemide</i>	209	GEL-FLOW.....	245
FUZEON.....	21	GEL-FLOW NT.....	245
Fyavolv.....	478	GELFOAM.....	245, 246
FYCOMPA.....	385	GELFOAM COMPRESSED	
FYLNETRA.....	248	SIZE 100.....	245
Fyremadel.....	500	GELFOAM JMI POWDER...	245
G TUSSIN AC.....	99	GELFOAM JMI SPONGE...	245
<i>gabapentin</i>	372, 373, 442	GELFOAM SPONGE SIZE	
GABARONE.....	442	100.....	245
GALAFOLD.....	960	GELFOAM SPONGE SIZE	
<i>galantamine</i>	939	12-7MM.....	246
Galbriela.....	186	GELFOAM SPONGE SIZE	
Gallifrey.....	479	200.....	246
GALZIN.....	202	GELFOAM SPONGE SIZE	
<i>gamma-aminobutyric acid</i> ...	933	50.....	246
GAMMAGARD LIQUID.....	347	GELMIX.....	765
GAMMAKED.....	347	GEL-ONE.....	778
GAMUNEX-C.....	348	GELSYN-3.....	778
<i>ganirelix</i>	500	<i>gemfibrozil</i>	219
GARDASIL 9 (PF).....	356	Gemmily.....	186
<i>garlic</i>	933	GEMTESA.....	953
		GENABIO COVID-19 RAPID	
		AT-HOME.....	618, 846
		GENADEK.....	341
		GENADEK STEP 1.....	329
		GENADEK STEP 2.....	329
		GENADUR.....	596
		GENADUR (WITH	
		LEXINAL).....	595
		Generlac.....	38
		Gengraf.....	135, 368
		GENNAMD.....	933
		GENOTROPIN.....	497
		GENOTROPIN MINIQUEL	497
		<i>gentamicin</i>	536, 961
		GENTLE IRON.....	293
		GENTLE SKIN CLEANSER	584
		GENTLE SKIN	
		CLEANSER(WITH SLS).....	584
		GENVISC 850.....	778
		GENVOYA.....	32
		GEODON.....	374, 407
		GERI-MUCIL	
		(ASPARTAME).....	58
		GERI-MUCIL (SUGAR).....	58
		GI PROTECT.....	305
		GILENYA.....	506
		GILOTRIF	172
		GIMOTI.....	41
		<i>ginger (zingiber officinalis)</i> ...	933
		<i>ginger root-ginger root ext</i> ...	933
		<i>ginkgo biloba leaf extract</i>	933
		GINKGO BILOBA PLUS	
		(BACOPA).....	933
		GIRLS TRAINING PANTS	
		4T-5T.....	617, 846
		GLASSIA.....	106
		<i>glatiramer</i>	507
		Glatopa.....	507
		GLEEVEC.....	162
		GLEOSTINE.....	177
		<i>glimepiride</i>	483
		<i>glipizide</i>	483, 484
		<i>glipizide-metformin</i>	484
		GLOPERBA.....	937
		GLUCAGON (HCL)	
		EMERGENCY KIT.....	461
		Glucagon Emergency Kit	
		(Human).....	461
		<i>gluc-chon-msm-col-hy-bos-</i>	
		<i>c-min</i>	925

GLUCERNA 1.5 CAL.....318	GLUCOSA IMMUNE BOOSTER.....933	GOJJI GLUCOSE CNTRL SOL-NORMAL.....686, 850
GLUCERNA HUNGER SMART.....318	<i>glucosam su dip-chondroit-c-mn</i> 925	GOJJI LANCETS.....686, 850
GLUCERNA SNACK BAR...318	<i>glucosam-chondr-msm-c-manganes</i> 925	GOJJI LANCING DEVICE.....686, 850
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR.....684, 846	<i>glucosam-chondr-vit c-mn-boron</i> 925	GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER.....702, 850
GLUCO NAVII TEST STRIP.....729, 846	<i>glucosamine 2kcl-msm-chondroit</i> 925	GOLD BOND THERAPEUTIC FOOT.....572
GLUCOCARD 01 HI-NORMAL CONTROL...684, 846	<i>glucosamine sulfate</i> 925	<i>goldenseal root</i> 933
GLUCOCARD 01 METER.....684, 846	GLUCOSAMINE-CHONDR-D3 (C-MANG).....925	GOLYTELY.....62
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL.....684, 846	<i>glucosamine-chondroitin</i> 925	GOMEKLI.....166
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS.....729, 847	<i>glucosamine-d3-boswellia serr</i> 925	GONAL-F.....493
GLUCOCARD EXPRESSION.....684, 685, 729, 847	<i>glucosamine-d3-hyaluronic acid</i> 925	GONAL-F RFF.....493
GLUCOCARD SHINE..685, 848	<i>glucosamine-msm-chondr-d3-bosw</i> 925	GONAL-F RFF REDI-JECT.492
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER.....685, 847	<i>glucosam-msm-chond-hrb149-hyal</i> 925	GONITRO.....238
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER.....685, 847	<i>glucose</i> 462	GOPRELTO.....88
GLUCOCARD SHINE METER.....685, 847	GLUCOSE CONTROL 685, 849	GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST.....618, 850
GLUCOCARD SHINE METER KIT.....685, 847	GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN.....685, 849	GRAFIX CORE.....515
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS.....730, 848	GLUCOTROL XL.....484	GRAFIX PRIME.....515
GLUCOCARD SHINE XL METER.....685, 848	<i>glutamine</i> 41, 269	GRAFIX XC.....515
GLUCOCARD VITAL...685, 848	<i>glutamine (sickle cell)</i> 264, 269, 316	GRALISE.....373
GLUCOCARD VITAL SENSOR.....730, 848	<i>glutaraldehyde</i> 768	<i>granisetron hcl</i> 55
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS.....730, 848	GLUTAREX-2.....304, 318	GRANIX.....248, 249
GLUCOCOM AUTOLINK.....685, 849	<i>glutathione (bulk)</i> 766, 928	<i>grape seed extract</i> 933
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE.....685, 849	<i>glyburide</i> 484	GRASTEK.....346
GLUCOCOM CONTROL HIGH.....685, 849	<i>glyburide micronized</i> 484	GREEN TEA-600.....933
GLUCOCOM CONTROL NORMAL.....685, 849	<i>glyburide-metformin</i> 484	<i>griseofulvin microsize</i> 34
GLUCOCOM GLUCOSE.....731, 849	<i>glycerin</i> 550	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> 34
GLUCOCOM LANCETS.....685, 849	GLYCINE UROLOGIC.....943	<i>guaiacol</i> 766
	<i>glycine urologic solution</i> 943	GUAIFENESIN AC.....99
	<i>glycopyrrolate</i> 44, 45, 362	GUAIFENESIN DAC.....99
	<i>glycopyrrolate (pf)</i> 44	<i>guanfacine</i> 207, 420
	Glydo.....534	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....686, 850
	GLYRX-PF.....45	GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....686, 851
	GLYTACTIN BETTERMILK 5-5.....315	GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER.....686, 851
	GLYXAMBI.....480	GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER.....686, 851
	GM100.....685, 731, 849, 850	GUARDIAN SENSOR 3.....686, 851
	GOCOVRI.....444	GUMMY DINOS.....341
	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP.....731, 850	GVOKE.....462
		GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....462

GVOKE HYPOPEN 2-PACK		HEALTHWISE PEN		HIGH POTENCY MULTIVIT	
.....	462	NEEDLE.....	652, 852	(W-IRON).....	312
GVOKE PFS 1-PACK		HEALTHY EYES LUTEIN-		HIGH POTENCY	
SYRINGE.....	462	ZEAXANTHIN.....	928	MULTIVITAMIN.....	312
GVOKE PFS 2-PACK		HEALTHY EYES		HISTEX-AC.....	98
SYRINGE.....	462	SUPERVISION2.....	928	HIXDEFRIMA.....	594
GYNAZOLE-1.....	771	Heather.....	182	HIZENTRA.....	348
HAEGARDA.....	247	HEMADY.....	489	HOMATROPAIRE.....	970
Hailey.....	186	HEMANGEOL.....	236	HOME NEBULIZER PLUS	
Hailey 24 Fe.....	186	HEMATEX.....	291	SIDESTREAM.....	756, 852
Hailey Fe 1.5/30 (28).....	186	HEMATOGEN.....	293	HOMINEX-2.....	316
Hailey Fe 1/20 (28).....	186	HEMATOGEN FORTE.....	293	HORIZANT.....	458
HAIR, SKIN AND NAILS		HEMATRON-AF.....	293	HORMONE PROTECT.....	933
(BIOTIN).....	301	HEMAX.....	293	HORNY GOAT WEED	
HAIR, SKIN AND NAILS		HEMICLOR.....	228	PLUS.....	934
(HERBS).....	329	HEMLIBRA.....	244	HOVYN.....	569
HAIR,SKIN AND NAILS(FA-		HEMMOREX-HC.....	508	HPR.....	572
BIOTIN).....	329	HEMOFIL M HIGH.....	259	HPR PLUS.....	572
<i>halcinonide</i>	559	HEMOFIL M LOW.....	259	HPR PLUS HYDROGEL.....	548
HALCION.....	412, 434	HEMOFIL M MID.....	259	HPR PLUS-MB HYDROGEL	
<i>halobetasol propionate</i>		HEMOFIL M SUPER HIGH.....	260	.....	548
.....	531, 559, 560	HEP FLUSH-10 (PF)...	251, 254	HUMALOG JUNIOR	
Haloette.....	181	<i>heparin (porcine)</i>	251	KWIKPEN U-100.....	466
HALOG.....	560, 561	<i>heparin (porcine) in 0.9%</i>		HUMALOG KWIKPEN	
<i>haloperidol</i>	408	<i>nacl</i>	251, 254	INSULIN.....	466
<i>haloperidol lactate</i>	408	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	251	HUMALOG MIX 50-50	
HALUCORT.....	572	<i>heparin lock flush (porcine)</i>		KWIKPEN.....	463
HAPRODERM.....	572	.....	251, 254	HUMALOG MIX 75-25	
HARLIKU.....	959	HEPARIN		KWIKPEN.....	463
HARMONY GLUCOSE		LOCKFLUSH(PORCINE)(PF		HUMALOG MIX 75-25(U-	
TEST STRIP.....	732, 851	).....	251, 254	100)INSULN.....	463
HARVONI.....	18	<i>heparin, porcine (pf)</i>		HUMALOG TEMPO PEN(U-	
HAVRIX (PF).....	353	.....	251, 252, 254	100)INSULN.....	467
HAXCHLO.....	540	HEPLISAV-B (PF).....	356	HUMALOG U-100 INSULIN	467
HAXCHLODREX.....	540	HEPSERA.....	35	HUMATE-P.....	260
HAXDRAX.....	594	HEPZATO (50 MM		HUMATROPE.....	497
HCU GEL POWDER.....	316	CATHETER).....	153	HUMIRA.....	64, 114, 147
HCU MAXAMUM.....	316	HEPZATO (62 MM		HUMIRA PEN.....	64, 114, 147
HEALON GV PRO.....	969	CATHETER).....	153	HUMIRA(CF).....	65, 114, 147
HEALON PRO.....	969	HER STYLE.....	180, 182	HUMIRA(CF) PEN.....	64, 114, 147
HEALON5 PRO.....	969	HERBAL COLON		HUMIRA(CF) PEN	
HEALTHPRO GLUCOSE		CLEANSER.....	930	CROHNS-UC-HS..	64, 114, 147
MONITOR.....	686, 851	HERNEXEOS.....	169	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
HEALTHPRO HIGH-LOW		HETLIOZ.....	438	UV-ADOL HS.....	64, 114, 147
CONTROL.....	686, 851	HETLIOZ LQ.....	438	HUMULIN 70/30 U-100	
HEALTHPRO TEST STRIPS		HEXIOUNYL.....	539	INSULIN.....	498
.....	732, 851	HI-D ADEK GUMMIES		HUMULIN 70/30 U-100	
HEALTHWISE INSULIN		PLUS ZINC.....	312	KWIKPEN.....	498
SYRINGE.....	652, 852	HI-D DROP.....	341	HUMULIN N NPH INSULIN	
				KWIKPEN.....	499

HUMULIN N NPH U-100		<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>	<i>icatibant</i>	208
INSULIN.....	499	<i>aloe2</i>	<i>lclevia</i>	186
HUMULIN R REGULAR U-		<i>hydrocortisone-iodoquinol...</i>	ICLOFENAC CP.....	592
100 INSULN.....	499	<i>hydrocortisone-iodoquinol-</i>	ICLUSIG.....	176
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>aloe</i>	<i>icosapent ethyl</i>	216
INSULIN.....	499	<i>hydrocortisone-pramoxine</i>	ID NOW COVID-19 TEST	
HUMULIN R U-500 (CONC)		.....	KIT.....	618, 852
KWIKPEN.....	499	<i>hydrogen peroxide (bulk)</i>	IDARAN.....	578
HURRI-FREEZE.....	545	.....	IDEAL BOWEL SUPPORT...	77
HYALGAN.....	778	Hydromet.....	IDELVION.....	262
HYCAMTIN.....	176	<i>hydromorphone</i>	IDHIFA.....	160
HYCLODEX.....	518, 768	<i>hydromorphone (pf)</i>	IDYYXIATAR.....	605
HYCODAN (WITH		<i>hydromorphone (pf)-0.9 %</i>	IGALMI.....	446
HOMATROPINE).....	98	<i>nacl</i>	IGG 2000 CWP.....	305
<i>hydralazine</i>	243	<i>hydroquinone</i>	IGG PURE.....	305
HYDRALYTE.....	306	<i>hydroxocobalamin</i>	IHEALTH CONTROL SOLN	
HYDRALYTE PLUS.....	306	<i>hydroxychloroquine</i>	LEVEL 2.....	686, 852
HYDRATING		<i>hydroxyethyl</i>	IHEALTH COVID-19 AG	
ELECTROLYTE.....	306	<i>methacrylate,bulk</i>	HOME TEST.....	618, 852
HYDRATING		HYDROXYM.....	IHEALTH GLUCO PLUS	
ELECTROLYTE SF.....	306	<i>hydroxypropyl cellulose</i>	METER.....	686, 852
HYDRATION MULTIPLI		<i>hydroxyurea</i>	IHEALTH GLUCOSE TEST	
SUGAR FREE.....	307	<i>hydroxyzine hcl</i>	STRIP.....	732, 853
HYDRATION MULTIPLIER		<i>hydroxyzine pamoate</i>	IHEEZO (PF).....	979
IMMUNE.....	307	HYFTOR.....	ILET INFUSION KIT-INSET	
HYDREA.....	156	HYGIENIC CLEANSING	23".....	749, 853
HYDRO 35.....	524	LOTION.....	ILET INFUSION KIT-INSET	
HYDRO 40.....	524	HYLAZINC.....	32".....	749, 853
<i>hydrochlorothiazide</i>	228	HYMOVIS.....	ILET INFUSION-CONTACT	
<i>hydrocodone bitartrate</i>	116	HYMPAVZI PEN.....	DTCH 23".....	750, 853
<i>hydrocodone-</i>		<i>hyoscyamine sulfate</i>	ILET INSULIN PUMP..	701, 853
<i>acetaminophen</i>	123, 124, 144	HYOSYNE.....	ILET STARTER KIT	
<i>hydrocodone-</i>		HYPER-SAL.....	CONTACT.....	699, 853
<i>chlorpheniramine</i>	105	HYPOCYN ANTIPRURITIC	ILET STARTER KIT-INSET	
<i>hydrocodone-homatropine</i>		.....	.....	699, 853
.....	98, 99	HYPOCYN DERMAL...519, 769	ILEVRO.....	967
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	124, 144	HYPOLANCE AST	ILEXOR.....	546
<i>hydrocortisone</i>		LANCING.....	ILIDERM.....	595
.....	68, 489, 508, 562	<i>hypromellose</i>	<i>imatinib</i>	163
<i>hydrocortisone acetate</i>	508, 561	HYQVIA.....	IMBRUVICA.....	152, 163
<i>hydrocortisone butyrate</i>		HYSINGLA ER.....	IMCIVREE.....	956
.....	561, 562	HYZAAR.....	IMIOXIA.....	539
HYDROCORTISONE		<i>ibandronate</i>	<i>imipramine hcl</i>	418
LOTION COMPLETE.....	515	IBRANCE.....	<i>imipramine pamoate</i>	418
<i>hydrocortisone sod</i>		IBSRELA.....	<i>imiquimod</i>	582
<i>succinate</i>	489	IBTROZI.....	IMITREX.....	451
<i>hydrocortisone valerate</i>		<i>ibu</i>	IMITREX STATDOSE PEN.	451
.....	562, 563	IBUPAK.....	IMITREX STATDOSE	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	767	<i>ibuprofen</i>	REFILL.....	451
		<i>ibuprofen-famotidine</i>	IMKELDI.....	163

IMMUNERX.....	329	INGREZZA.....	448, 455, 456	INSUL-CAP	687, 855
IMPACT ADVANCED RECOVERY	318	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	448, 455	INSUL-EZE	687, 856
IMPAVIDO	33	INGREZZA SPRINKLE	448, 455, 456	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	463
IMPOYZ.....	531, 563	INJECT EASE LANCETS	687, 854	<i>insulin aspart u-100</i>	467
IMURAN.....	135, 368	INLYTA.....	163	<i>insulin glargine-yfgn</i>	464
INBRIJA.....	444	INNOPRAN XL.....	236	<i>insulin lispro</i>	467
Incassia.....	182	INNOSPIRE DELUXE. 756, 854		<i>insulin lispro protamin-lispro</i>	463
IN-CHECK NASAL WITH MASK.....	704, 853	INNOSPIRE ELEGANCE	756, 854	<i>insulin syrlndl u100 half mark</i>	653, 856
IN-CHECK ORAL FLOW METER.....	704, 853	INNOSPIRE ESSENCE	756, 854	INSULIN SYRINGE.....	653, 856
INCONTROL LANCING DEVICE.....	686, 853	INNOSPIRE GO NEBULIZER.....	620, 854	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	653, 856
INCONTROL PEN NEEDLE	652, 853	INNOSPIRE MINI.....	757, 854	<i>insulin u-500 syringe-needle</i>	653, 856
INCONTROL SUPER THIN LANCETS.....	686, 853	INNOSPIRE REPLACEMENT FILTER	757, 854	INSUPEN PEN NEEDLE	654, 856
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS.....	686, 853	<i>inositol</i>	304	INSYTE IV CATHETER	621, 856
INCRELEX.....	488	<i>inositol-choline bitartrate</i>	229	INTEGRA SYRINGE... 631, 856	
INCRUSE ELLIPTA.....	92	INPEFA.....	459	INTELENCE.....	4
<i>indapamide</i>	228	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	652, 855	INTELISWAB COVID-19 HOME TEST.....	619, 857
INDERAL LA.....	236	INPEN (FOR HUMALOG) GREY.....	652, 855	INTENSE DRY SKIN THERAPY	573
INDERAL XL.....	236	INPEN (FOR HUMALOG) PINK.....	652, 855	INTERLINK LEVER LOCK CANNULA.....	642, 857
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST	618, 854	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	653, 855	INTERLINK SYRINGE AND CANNULA.....	632, 857
<i>indomethacin</i>	134	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY.....	653, 855	Introvale.....	186
INFANT-TODDLER MULTIVIT	285	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK.....	653, 855	INTUNIV ER.....	420
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN.....	285	INQOVI.....	170	INVACARE LANCETS.687, 857	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON.....	341	INREBIC.....	168	INVEGA.....	419
INFASURF	106	INSPIRACHAMBER.... 757, 855		INVELTYS.....	972
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH.....	686, 854	INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE.....	757, 855	INVOKAMET.....	472
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW.....	686, 854	INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED.....	757, 855	INVOKAMET XR.....	472
INFINITY CONTROL SOLUTION NORM.....	687, 854	INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL.....	757, 855	INVOKANA.....	471
INFINITY METER KIT. 687, 854		INSPIRATION ELITE FILTER.....	757, 855	INZDEAXIATAR.....	602
INFINITY STARTER KIT	687, 854	INSPIRA.....	227, 240	INZDEAXIAVAR.....	602
INFINITY TEST STRIPS	733, 854	INSTA-GLUCOSE (WITH DEXTRIN).....	462	INZDEOXIA.....	599
INFLAMMACIN.....	128	INSUFLO.....	749, 855	INZIRQO.....	228
INFLAMMA-K.....	592			IODOFLEX.....	769
INFLATHERM(DICLOFENA C-MENTHOL).....	128			IODOSORB.....	769
				IOPIDINE.....	982
				IOL.....	350
				I-PORT.....	643, 857
				I-PORT ADVANCE 6 MM INJEC PORT	643, 857
				I-PORT ADVANCE 9 MM INJEC PORT	643, 857
				<i>ipratropium bromide</i>	92, 100

<i>ipratropium-albuterol</i>	110	JALYN.....	941	K1-1000.....	336
IQIRVO.....	112	Jantoven.....	251	K2-D3 MAX.....	338
<i>irbesartan</i>	211	JANUMET.....	502	Kaitlib Fe.....	187
<i>irbesartan-</i>		JANUMET XR.....	502	KALETRA.....	26
<i>hydrochlorothiazide</i>	225	JANUVIA.....	501	Kalliga.....	187
IRESSA.....	174	JARDIANCE.....	472	KALYDECO.....	89
IRON (FERROUS		JARRO-DOPHILUS		KANGAROO 924 SAFETY	
SULFATE).....	292	ALLERGEN FREE.....	77	SCREW.....	644, 857
<i>iron bisglycinate chelate</i>	292	JARRO-DOPHILUS BABY....	77	KANGAROO EPUMP SET	
IRON FOLATE PLUS.....	293	JARRO-DOPHILUS EPS.....	77	.....	644, 857
<i>iron,carbonyl-vitamin c</i>	293	JARRO-DOPHILUS PLUS		KANGAROO GRAVITY SET	
IRRIGATION SYRINGE		FOS.....	77	.....	644, 857
.....	632, 857	JARRO-DOPHILUS		KAPSPARGO SPRINKLE...	226
ISENTRESS.....	23	WOMEN.....	77	KARBINAL ER.....	91, 97
ISENTRESS HD.....	23	Jasmiel (28).....	186	Kariva (28).....	197
Isibloom.....	186	JATENZO.....	469, 470	KATARAXAP.....	541
I-SIGHT.....	928	Javygtor.....	956	KATARVIA.....	542
<i>isoflurane</i>	148	JAYPIRCA.....	153, 163	KATARYA.....	542
ISOLEUCINE 1000.....	269, 315	Jaythari.....	489	KATARYAXN.....	542
ISOLEUCINE AMINO ACID		JELMYTO.....	153	KATERZIA.....	222
SUPPLMNT.....	269, 316	Jencycla.....	182	KAXM.....	527
<i>isoniazid</i>	23	JENTADUETO.....	502	KAZANO.....	503
<i>isopropyl alcohol</i>	765	JENTADUETO XR.....	503	KAZURI.....	523
ISORDIL.....	239	Jinteli.....	478	KEFUNOVA.....	580
ISORDIL TITRADOSE.....	239	JIVI.....	260	KEIDO.....	542
<i>isosorbide dinitrate</i>	239	JOENJA.....	958	Kelnor 1/35 (28).....	187
<i>isosorbide mononitrate</i>	239	JOINT COMFORT AND		Kelnor 1/50 (28).....	187
<i>isosorbide-hydralazine</i>	225	MOVEMENT.....	934	KELOTOP.....	761, 857
<i>isotretinoin</i>	609	JOINT HEALTH-BONE		KENALOG.....	489, 563
<i>isradipine</i>	222	STRENGTH.....	283	KENALOG-80.....	489
ISTALOL.....	968	JOLESSA.....	187	KENDALL DISINFECTANT	
ISTURISA.....	481	JORNAY PM.....	425	CAP.....	643, 857
IS-ZC 50.....	303	JOURNAVX.....	113	KENGUARD FOLEY	
ITHOXIA.....	608	Joyeaux.....	187	CATHETER.....	642, 857
ITOVEBI.....	160	JUBLIA.....	580	KEPPRA.....	433
<i>itraconazole</i>	15, 16	Juleber.....	187	KEPPRA XR.....	433
<i>ivabradine</i>	236	JULUCA.....	20	KERAGEL.....	521, 857
I-VALEX-2.....	315	Junel 1.5/30 (21).....	187	KERAGELT.....	521, 857
IVENIX ADMIN SET 2INLET		Junel 1/20 (21).....	187	KERALYT.....	524
2YSITE.....	621, 857	Junel Fe 1.5/30 (28).....	187	KERAMATRIX.....	610
IVENIX ADMIN SET 2INLET		Junel Fe 1/20 (28).....	187	KERASTAT.....	550
Y-SITE.....	621, 857	Junel Fe 24.....	187	KERAXA.....	592
<i>ivermectin</i>	2, 578	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-		KERENDIA.....	240
IWILFIN.....	150	PROBIOTIC.....	341	KERIDA.....	523
IXINITY.....	262	JUST RIGHT 5000.....	361	KERLIX AMD.....	521, 858
IYUZEH (PF).....	981	JUVAZIN.....	547	KESIMPTA PEN.....	504
JADENU.....	200	JUVEN (WITH COLLAGEN)	305	KETARYA.....	542
JADENU SPRINKLE.....	201	JUXTAPID.....	210	<i>ketoconazole</i>	34, 587
Jaimiess.....	197	JYLAMVO.....	145, 154	Ketodan.....	587
JAKAFI.....	173	JYNARQUE.....	951	KETODAN KIT.....	587

KETONE CARE.....	748, 858	KLARON.....	591	L.E.T.(LIDO-EPINEPH BIT-TETRA).....	534
KETONE URINE TEST	748, 858	Klayesta.....	570	<i>labetalol</i>	224
KETONEX-2.....	316	KLISYRI (250 MG).....	523	<i>lacosamide</i>	386
<i>ketoprofen</i>	131	KLISYRI (350 MG).....	523	<i>lactase</i>	50
<i>ketorolac</i>	132, 133, 967	KLONOPIN.....	412, 415, 436	<i>lactated ringers</i>	336
KETOSTIX.....	748, 858	Klor-Con.....	310	LACTEOL DIARRHEASE.....	77
KEVARAXAP.....	542	Klor-Con 10.....	309	LACTEOL DIARRHEASE	
KEVARTIA.....	542	KLOR-CON 8.....	309	KIDS.....	77
KEVARYA.....	542	Klor-Con M10.....	309	<i>lactobacillus acidophilus</i> ..	77, 78
KEVEYIS.....	774	Klor-Con M15.....	309	<i>lactobacillus acidoph-I.bulgar</i>	78
KEVZARA.....	140	Klor-Con M20.....	310	LACTOVIVE.....	78
KEXM.....	527	KLOR-CON/EF.....	310	<i>lactulose</i>	38, 86
KEYA.....	542	KLOXXADO.....	202	LAGEVRIO (EUA).....	34
KEYFOLIC.....	329	KOATE.....	260	LAMICTAL.....	387
KHINDIVI.....	489	KOGENATE FS.....	260	LAMICTAL ODT.....	377, 387
KIDS BONES-MUSCLES...	283	KONSYL SUGAR-FREE.....	58	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS BRAIN BUILDER.....	338	KONVOMEP.....	65	(BLUE).....	377, 387
KIDS MELATONIN.....	441	KOREAN GINSENG.....	934	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS MULTI ZERO.....	341	KORLYM.....	503	(GREEN).....	377, 387
KIDS SLEEP CALM.....	439	KOSELUGO.....	166	LAMICTAL ODT STARTER	
KIDS SLEEP IMMUNE		KOSHER PRENATAL PLUS		(ORANGE).....	377, 387
HEALTH.....	439	IRON.....	271	LAMICTAL STARTER	
KIMONO LUBRICATED		KOTARAXAP.....	542	(BLUE) KIT.....	377, 387
CONDOMS.....	614, 858	KOVALTRY.....	260	LAMICTAL STARTER	
KIMONO MICROTHIN		K-PHOS NO 2.....	945	(GREEN) KIT.....	377, 387
AQUA LUBE CON.....	614, 858	K-PHOS ORIGINAL.....	945	LAMICTAL STARTER	
KIMONO MICROTHIN		KPN.....	271	(ORANGE) KIT.....	377, 387
CONDOMS.....	614, 858	KRAZATI.....	170	LAMICTAL XR.....	387
KIMONO MICROTHIN		<i>krill-om-3-dha-epa-phospho-</i>		LAMICTAL XR STARTER	
LARGE CONDOMS.....	614, 858	<i>ast</i>	229	(BLUE).....	388
KIMONO TEXTURED		KRINTAFEL.....	17	LAMICTAL XR STARTER	
CONDOMS.....	614, 858	Kristalose.....	85	(GREEN).....	388
KIMONO THIN		Kurvelo (28).....	187	LAMICTAL XR STARTER	
LUBRICATED CONDOMS		KUTAR.....	542	(ORANGE).....	388
.....	614, 858	KUTARVIA.....	542	LAMIOFLUR.....	363
KINDERLYTE HERBAL		KUTARYAXM.....	542	<i>lamivudine</i>	22, 35
IMMUNITY.....	307	KUTARYAXMPA.....	542	<i>lamivudine-zidovudine</i>	19
KINDERMED INFANTS		KUTEA.....	527	<i>lamotrigine</i>	378, 388
COUGH PLUS.....	927	KUVAN.....	957	LAMPIT.....	25
KINDERMED INFANTS		KUVARYA.....	543	<i>lancets</i>	687, 858
NIGHT COUGH.....	927	KUVARYE.....	543	LANCETS, SUPER THIN	
KINERET.....	139	KUXM.....	527	.....	687, 858
Kionex (With Sorbitol).....	319	KYLEENA.....	196	LANCETS, THIN.....	687, 858
Kiprofen.....	131	KYNARA.....	523	LANCETS, ULTRA THIN	
KIRSTY.....	468	KYZATREX.....	470	.....	687, 858
KIRSTY PEN.....	467	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		<i>lancing device</i>	687, 858
KISQALI.....	172	.....	180, 197	LANCING DEVICE WITH	
KITABIS PAK.....	102	<i>l. acidophilus-b. coagulans</i>	77	LANCETS.....	687, 858
KLARITY (CHONDROITIN)		L.E.T. (LIDO-EPINEPH-			
(PF).....	965	TETRA).....	534		

<i>lancing device with lancets</i>	LEVICYN ANTIPRURITIC	Lidocan V.....	535
.....687, 858	514, 517	LIDODERM.....	535
LANCING SYSTEM.....687, 859	LEVICYN ANTIPRURITIC	LIDOMARK 1-5.....	149
LANOLIN (HPA).....550	SG.....573	LIDOMARK 2-5.....	149
LANOXIN.....204	LEVICYN DERMAL.....519	LIDOPIN.....	535
<i>lansoprazole</i> 52	<i>levobunolol</i> 968	LIDOPURE PATCH.....	535
<i>lanthanum</i> 951	<i>levocarnitine</i> 299, 960	LIDORX.....	535
LANZO LANCING DEVICE	<i>levocarnitine (with sugar)</i> 960	LIDTOPIC.....	535
.....687, 859	<i>levocarnitine tartrate</i> 299	LIDTOPIC MAX.....	535
<i>lapatinib</i> 175	<i>levocetirizine</i> 91, 107	LIKMEZ.....	18
Larin 1.5/30 (21).....188	<i>levofloxacin</i> 7, 962	LILETTA.....	196
Larin 1/20 (21).....188	Levonest (28).....193	<i>linezolid</i> 7	
Larin 24 Fe.....188	<i>levonorgest-eth.estradiol-</i>	LINZESS.....42, 56	
Larin Fe 1.5/30 (28).....188	<i>iron</i> 188	Liomny.....	494
Larin Fe 1/20 (28).....188	<i>levonorgestrel</i> 180, 182	<i>liothyronine</i>	494
LASIX.....209	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 188	LIPITOR.....	214
<i>latanoprost</i> 981	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	LIPOCHOL PLUS.....	229
LATUDA.....407	193	LIPOFEN.....	219
LAYOLIS FE.....188	Levora-28.....188	LIPO-FLAVONOID.....	302
LAZCLUZE.....174	<i>levorphanol tartrate</i> 117	LIQREV.....	206
LC PLUS.....620, 859	LEVO-T.....494	LIQUICAL PLUS.....	283
LC PLUS NEBULIZER-PED	<i>levothyroxine</i> 494	LIQUID C.....	297
MASK.....620, 859	LEVOXYL.....495	LIQUID MULTIVITAMIN.....	329
LC-655.....284	LEVSIN.....50, 946	<i>liraglutide</i> 475	
L-CARNITINE.....299	LEVSIN/SL.....50, 946	<i>liraglutide (weight loss)</i> 955	
L-CARNITINE (TARTRATE)299	LEVULAN.....533	<i>lisdexamfetamine</i> 426	
<i>L-cystine</i> 269	LEXAPRO.....437	<i>lisinopril</i> 241	
LDO PLUS.....534	Lexette.....531, 563	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	238
<i>lecithin, soy</i> 205	LIALDA.....38	LITE TOUCH-MEDIUM	
LEENA 28.....193	LIBERVANT.....412, 415	MASK.....757, 859	
LEFLUNICLO.....140, 529	LIBRAX (WITH CLIDINIUM)	LITEAIRE MDI CHAMBER	
<i>leflunomide</i> 140	45, 47, 412	757, 859	
<i>lenalidomide</i> 175	LICART.....529	LITETOUCH-LARGE MASK	
LENVIMA.....163	LICE-BEDBUG-MITE	757, 859	
LEQEMBI IQLIK.....938	BEDDING.....512	LITETOUCH-SMALL MASK	
LEQSELVI.....510	<i>licorice root (g.glabra)</i> 934	757, 859	
Lessina.....188	LIDO BDK.....703	LITFULO.....510	
LETAIRIS.....232	<i>lidocaine</i> 534	<i>lithium carbonate</i> 418	
<i>letrozole</i> 178	<i>lidocaine hcl</i> 149, 357, 534	<i>lithium citrate</i> 418	
<i>leucovorin calcium</i> 151, 152	<i>lidocaine hcl-hydrocortison</i>	LITHOBID.....418	
LEUKERAN.....154	<i>ac</i> 509, 581	LITHOLYTE.....944	
LEUKINE.....252	Lidocaine Viscous.....358	LITHOSTAT.....940	
<i>leuprolide</i> 177	<i>lidocaine-hydrocortisone-</i>	LITTLE ANIMALS.....286	
<i>levalbuterol hcl</i> 104	<i>aloe</i> 509	LIVALO.....214	
<i>levalbuterol tartrate</i> 104	<i>lidocaine-prilocaine</i> 595	LIVDELZI.....112	
<i>levamlodipine</i> 222	<i>lidocaine-racepinep-</i>	LIVER PROTECT.....928	
LEVBID.....50, 946	<i>tetracaine</i> 534	LIVITA FOR ADULT.....330	
<i>levetiracetam</i> 434	<i>lidocaine-tetracaine</i> 534	LIVITA FOR CHILDREN.....341	
	Lidocan Iii.....534	LIVMARLI.....112	
	Lidocan Iv.....534		

LIVTENCITY.....	26	LOUTREX.....	537, 573	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
L-MESITRAN SOFT.....	521	<i>lovastatin</i>	215	INSULIN.....	468
LMR PLUS.....	595	Lovaza.....	216	LYUMJEV TEMPO PEN(U-	
LO LOESTRIN FE.....	197	LOVENOX.....	253	100)INSULN.....	468
LOCOID.....	564	Low-Ogestrel (28).....	189	LYUMJEV U-100 INSULIN..	468
LOCOID LIPOCREAM.....	563	<i>loxapine succinate</i>	408	LYVISPAH.....	777
Lodine.....	134	LOYON.....	573	Lyza.....	182
LODOCO.....	113	Lo-Zumandimine (28).....	189	<i>maca</i>	934
LODOSYN.....	445	<i>lubiprostone</i>	41, 66	MACROBID.....	27, 944
Loestrin 1.5/30 (21).....	188	LUCEMYRA.....	363	<i>mafenide acetate</i>	575
Loestrin 1/20 (21).....	188	LUCIRA CHECK-IT COVID		<i>mag citrate-potassium citrate</i>	
Loestrin Fe 1.5/30 (28-Day)..	189	HOME TST.....	619, 859	.....	308
Loestrin Fe 1/20 (28-Day)....	189	LUER LOCK SYRINGE		MAGE.....	78
Lofena.....	130	.....	632, 859	MAGELLAN INSULIN	
<i>lofexidine</i>	363	LUER SLIP TIP SYRINGE		SAFETY SYRNG.....	654, 860
LOFRIC.....	642, 859	TRAY.....	632, 859	MAGELLAN SAFETY	
LOFRIC ORIGO.....	642, 859	LUER-LOK TIP.....	632, 859	SYRINGE.....	632, 860
LOFRIC PRIMO NELATON		LUGOLS.....	285, 769	MAGELLAN SYRINGE	
CATHETER.....	642, 859	<i>luliconazole</i>	587	.....	632, 654, 860
LOFRIC SENSE NELATON		LUMAKRAS.....	170	MAGIC3 INTERMITTENT	
CATHETER.....	642, 859	LUMIGAN.....	981	CATHETER.....	642, 860
Lojaimiess.....	197	LUMRYZ.....	382	<i>magnesium chloride</i>	284
LOKELMA.....	319	LUMRYZ STARTER PACK..	382	<i>magnesium citrate</i>	284
Lomaira.....	954	LUNESTA.....	404	<i>magnesium citrate,mag</i>	
LOMOTIL.....	48	LUPKYNIS.....	368	<i>oxide</i>	284
LONSURF.....	156	<i>lurasidone</i>	407	<i>magnesium citrate-lemon</i>	
<i>loperamide</i>	46	Lurbipr.....	131	<i>balm</i>	307
LOPID.....	219	Lurbiro.....	132	MAGNESIUM COMPLEX....	284
<i>lopinavir-ritonavir</i>	26	<i>lutein</i>	928	<i>magnesium gluconate</i>	284
LOPRESSOR.....	226	LUTEIN PLUS WITH		<i>magnesium glycinate</i>	284
LOPROX (AS OLAMINE)....	594	ZEAXANTHIN.....	330, 929	MAGNESIUM OPTIMIZER..	307
LOPROX KIT.....	594	<i>lutein-zeaxanthin</i>	929	<i>magnesium oxide</i>	56, 284
<i>lorazepam</i>	412, 436	<i>lutein-zeaxanthin-bilberry ext</i>		MALARONE.....	29
Lorazepam Intensol....	412, 436	.....	929	MALARONE PEDIATRIC.....	29
LORBRENA.....	159	Lutera (28).....	189	<i>malathion</i>	512
LOREEV XR.....	412, 436	LUXAMEND.....	573	<i>maraviroc</i>	33
LORMATE.....	337	LUXIQ.....	564	MAR-COF BP.....	98
Loryna (28).....	189	LUZU.....	587	MAR-COF CG.....	99
<i>losartan</i>	211	LYBALVI.....	375, 406, 410	MARINOL.....	44, 384, 955
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	225	Lyleq.....	182	Marlissa (28).....	189
LOTEMAX.....	972, 973	Lyllana.....	487	MARNATAL-F.....	272
LOTEMAX SM.....	973	LYNPARZA.....	161	MARPLAN.....	421
LOTENSIN.....	241	LYRICA.....	386, 442	MARVONA SUIK (PF).....	149
LOTENSIN HCT.....	238	LYRICA CR. 373, 383, 448, 449		MATERVIA.....	298
<i>loteprednol etabonate</i>	973	<i>lysine hcl</i>	269	MATULANE.....	177
Lotrel.....	237	LYSODREN.....	157	Matzim La.....	222
LOTREL.....	237	LYTGOBI.....	157	MAVENCLAD (10 TABLET	
LOTREXONE.....	112	LYUMJEV KWIKPEN U-100		PACK).....	504
LOTRONEX.....	40, 41	INSULIN.....	468	MAVENCLAD (4 TABLET	
LOUNZDOMDIOXIATAR.....	603			PACK).....	504

MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	504	MEDCAPS MENOPAUSE... 934	<i>melatonin-pyridoxine (vit b6)</i>	439, 934
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	504	MEDIHONEY (CAL ALGINATE-HONEY)....	<i>melatonin-pyridoxine hcl (b6)</i>	439, 934
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	504	MEDIHONEY (HONEY).....	<i>melatonin-theanine</i>	439
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	504	MEDISENSE.....	Meleya.....	182
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	504	MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO.....	MELIDU.....	543
MAVILO.....	543	MEDISENSE GLUCOSE KETONE.....	MELONDIS.....	543
MAVILO HP.....	543	MEDISENSE MID CONTROL.....	MELONDIS PLUS.....	543
MAVILO LP.....	543	MEDISENSE THIN LANCETS.....	<i>meloxicam</i>	132
MAVYRET.....	30	<i>medium chain triglycerides</i> ..	<i>meloxicam submicronized</i> ...	132
MAX SLEEP JUNIOR.....	441	MEDLANCE PLUS LANCETS.....	<i>memantine</i>	939, 940
MAXALT.....	451	MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE.....	<i>memantine-donepezil</i>	938
MAXALT-MLT.....	451	MEDORFA.....	MEN 50 PLUS	
MAXFE (FOLATE).....	293	MEDORFA HP.....	MULTIVITAMIN.....	330
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	654, 860	MEDORFA HP PLUS.....	MENEST.....	487
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	654, 860	MEDORFA LP.....	MENOFEM.....	934
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	654, 860, 861	MEDORFA PLUS.....	MENOPUR.....	496
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	655, 861	MEDROL.....	MENOSTAR.....	487
MAXIDEX.....	973	MEDROL (PAK).....	MENQUADFI (PF).....	345
MAXITROL.....	976	MEDROLOAN II SUIK.....	MEN'S 50 PLUS	
MAXI-TUSS AC.....	99	MEDROLOAN SUIK.....	MULTIVITAMIN.....	330
MAXI-TUSS CD.....	98	<i>medroxyprogesterone</i> ..	MEN'S DAILY GUMMIES...	330
MAYZENT.....	506	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 23".....	MEN'S DAILY	
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	506	MEDTRONIC EXT INFUSION SET 32".....	MULTIVITAMIN.....	330
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	506	<i>mefenamic acid</i>	MEN'S MULTIVITAMIN.....	330
MB HYDROGEL.....	548	<i>mefloquine</i>	MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES.....	330
MB HYDROGEL (CYCLOMETHICONE).....	548	MEGARED ADV TOTAL BODY REFRESH.....	MENTHO-CAINE.....	595
MC 300 NEBULIZER W- MOUTHPIECE.....	620, 861	MEGARED ADVANCED 4- IN-1.....	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	345
MC 300 NEBULIZER- UNVRSL TUBING.....	620, 861	MEGARED ADVANCED TOTAL BODY.....	<i>meperidine</i>	117
MCT OIL.....	317	MEGARED OMEGA-3 KRILL OIL.....	<i>meperidine (pf)</i>	117
MCT PRO-CAL.....	318	<i>megestrol</i>	<i>meprobamate</i>	420
<i>meclizine</i>	43	MEKAM.....	MEPRON.....	33
<i>meclofenamate</i>	130	MEKAM HP.....	<i>mercaptopurine</i>	155, 156
<i>mecobalamin (vitamin b12)</i> ..	289	MEKINIST.....	MERILOG.....	468
MECORIX.....	543	MEKTOVI.....	MERILOG SOLOSTAR.....	468
MECORIX HP.....	543	<i>melatonin</i>	Merzee.....	189
MECORIX PLUS.....	543	MELATONINMAX.....	<i>mesalamine</i>	38, 39

METANX FC.....	339	METROCREAM.....	578	<i>mifepristone</i>	460, 503
<i>metaxalone</i>	777	METROGEL.....	578	MIGERGOT.....	458
METDRAY.....	549	METROLOTION.....	578	<i>miglitol</i>	484
METER-CHECK.....	688, 861	<i>metronidazole</i>	18, 578, 772	<i>miglustat</i>	959
<i>metformin</i>	469	<i>metyrosine</i>	207	MIGRANAL.....	454
<i>methadone</i>	117, 118	<i>mexiletine</i>	229	MIGRANOW.....	451
Methadone Intensol.....	117	MIACALCIN.....	483	Mili.....	190
METHADOSE.....	118	Mibelas 24 Fe.....	189	<i>milk thistle</i>	934
Methadose.....	118	MICARDIS.....	211	<i>milk thistle sd ext-blessed th</i>	934
<i>methamphetamine</i>	403, 426	MICARDIS HCT.....	225	<i>milk thistle seed extract</i>	934
<i>methazolamide</i>	208	<i>miconazole nitrate-zinc ox-</i>		MIMORA.....	544
<i>methenamine hippurate</i>	37, 945	<i>pet</i>	587	Mimvey.....	478
<i>methenamine mandelate</i>		MICONAZOLE-3.....	771	MINCORA.....	339
.....	37, 945	MICORT-HC.....	508, 564	MIND AND MEMORY.....	934
<i>methen-sod phos-meth blue-</i>		MICRO BLOOD GLUCOSE		MINERIN CREME.....	573
<i>hyos</i>	36, 948	.....	733, 862	MINI LANCING DEVICE	
<i>me-thfolate glucos-</i>		MICRO THIN LANCETS		.....	688, 863
<i>mecobalamin</i>	337	.....	688, 862	MINI MULTIVITAMINS-	
<i>methimazole</i>	460	MICROAIR MESH		IRON.....	312
METHIONINE.....	269, 316	NEBULIZER.....	620, 862	MINI PLUS NEBULIZER	
METHITEST.....	470	MICROCHAMBER.....	757, 862	.....	620, 863
<i>methocarbamol</i>	777	MICROCYN.....	519, 769	MINI PRENATAL.....	272
METHOCEL E 4 M.....	763	MICRODOT BLOOD		MINI ULTRA-THIN II....	655, 863
<i>methotrexate sodium</i> ...	145, 154	GLUCOSE SYSTEM		MINI WRIGHT PEAK FLOW	
<i>methotrexate sodium (pf)</i>		.....	688, 733, 862	METER.....	705, 863
.....	145, 154	MICRODOT HIGH-LOW		MINIMED 630G INSULIN	
<i>methoxsalen</i>	527	CONTROL.....	688, 862	PUMP.....	701, 863
<i>methscopolamine</i>	50	MICRODOT NORMAL		MINIMED 770G INSULIN	
<i>methsuximide</i>	400	CONTROL.....	688, 862	PUMP.....	701, 863
METHYL PROTECT.....	339	MICRODOT XTRA BLOOD		MINIMED 780G INSULIN	
<i>methyl salicylate</i>	512	GLUCOSE.....	734, 863	PUMP.....	701, 863
<i>methyldopa</i>	207	Microgestin 1.5/30 (21).....	189	MINIMED MIO ADVANCE	
<i>methyldopa-</i>		Microgestin 1/20 (21).....	189	INF SET23".....	750, 864
<i>hydrochlorothiazide</i>	207	Microgestin Fe 1.5/30 (28)...	189	MINIMED MIO ADVANCE	
<i>methylene blue (bulk-solid)</i> ..	765	Microgestin Fe 1/20 (28).....	190	INF SET43".....	750, 864
<i>methylergonovine</i>	502	MICROLET 2 LANCING		MINIMED QUICK SET 18"	
METHYLIN.....	379, 426	DEVICE.....	688, 863	.....	750, 864
<i>methylphenidate</i>	427	MICROLET LANCET...688, 863		MINIMED QUICK SET 23"	
<i>methylphenidate hcl</i>		MICROLET NEXT LANCING		.....	750, 864
.....	379, 426, 427	DEVICE.....	688, 863	MINIMED QUICK SET 32"	
<i>methylprednisolone</i>	490	MICROLIFE PEAK FLOW		.....	750, 864
<i>methyltestosterone</i>	470	METER.....	705, 863	MINIMED QUICK SET 43"	
<i>methyltetrahydrofolate</i>		MICRONEX.....	312	.....	750, 864
<i>glucos</i>	290	MICROSPACER.....	757, 863	MINIMED QUICK-SERTER	
<i>metoclopramide hcl</i>	41	MICURADERM.....	537, 573	(MMT-395).....	688, 864
<i>metolazone</i>	228	<i>midazolam</i>	148, 412, 434	MINIMED SILHOUETTE 18"	
<i>metoprolol succinate</i>	226	<i>midazolam (pf)</i>	148, 412	.....	750, 864
<i>metoprolol ta-</i>		<i>midodrine</i>	242	MINIMED SILHOUETTE 23"	
<i>hydrochlorothiaz</i>	220	MIEBO (PF).....	965	.....	750, 864
<i>metoprolol tartrate</i>	226	MIFEPREX.....	460		

MINIMED SILHOUETTE 32"	<i>moexipril</i>	241	MONOJECT PHARMACY
.....750, 864	MOISTURIZING CREAM....	573	TRAY REG TIP.....634, 867
MINIMED SILHOUETTE 43"	MOISTURIZING NORMAL-		MONOJECT PREFILL
.....750, 864	DRY SKIN.....	584	ADVANCED NS.....304
MINIMED SURE T 18".750, 864	MOITURIZING LOTION.....	573	MONOJECT REG TIP NON-
MINIMED SURE T 23".751, 864	MOKURA.....	544	STERILE.....634, 867, 868
MINIMED SURE T 32".751, 864	MOKURA LP.....	544	MONOJECT REGULAR
MINIVELLE.....487	MOKURA MOD.....	544	LUER.....634, 868
<i>minocycline</i> 10, 11, 141, 585	MOKURA PLUS.....	544	MONOJECT SAFETY LUER
<i>minoxidil</i> 243	MOLEXI.....	544	LOCK TIP.....634, 868
MINREX.....309	<i>molindone</i>	421	MONOJECT SAFETY
Minzoya.....190	<i>mometasone</i> 100, 564		SYRINGES.....634, 635, 868
MIPLYFFA.....956	Mondoxyne NI.....	11	MONOJECT SMARTIP
MIRAPEX ER.....444	MONISTAT MAINTAIN.....	770	CANNULA.....635, 868
MIRCERA.....250	MONO-FLO DRAINAGE		MONOJECT SYRINGE
MIRENA.....196	BAG.....	613, 865	635, 636, 655, 869
MIRO3D.....610	MONOJECT 0.9% SODIUM		MONOJECT SYRINGE
MIRO3D FIBERS.....610	CHLORIDE.....	304	LUER LOK.....635, 869
MIRODERM	MONOJECT 140CC		MONOJECT SYRINGE
FENESTRATED.....610	PISTON SYRINGE.....	632, 865	REGULAR LUER.....635, 869
MIRODERM	MONOJECT 35CC		MONOJECT SYRINGE
FENESTRATED PLUS.....610	SYRINGE CATH TIP...632, 865		TOOMEY TYPE.....636, 870
MIRODRY WOUND	MONOJECT 3CC SYR		MONOJECT TB.....636, 870
MATRIX.....610	25GX1".....	632, 865	MONOJECT TB LUER LOK
MIROTRACT.....610	MONOJECT ALLERGY		636, 870
<i>mirtazapine</i> 398	TRAY.....	632, 865	MONOJECT TB REGULAR
MIRVASO.....579	MONOJECT ALLERGY		LUER TIP.....636, 870
<i>misoprostol</i> 49	TRAY DETACH.....	632, 865	MONOJECT TB SAFETY
MITIGARE.....937	MONOJECT BLOOD		SYRINGE.....636, 870
<i>mitomycin (pf) in water</i> 964	COLLECTION.....	700, 865	MONOJECT TUBERCULIN
MITOPRIME.....929	MONOJECT CONTROL		SYRINGE.....636, 637, 870
MITOSOL.....964	SYRINGE LUER.....	632, 865	MONOJECT ULTRA
MIUDELLA.....198	MONOJECT DISPOSABLE		COMFORT INSULIN...655, 870
MI-VITE RX.....290	SYRINGE.....	633, 865	MONOLET LANCETS.688, 870
MKO (MIDAZOLAM-	MONOJECT ECCENTRIC		MONOLET THIN LANCETS
KETAMINE-ONDAN).....148	NON-STERILE....633, 865, 866		688, 870
MMA-PA GEL.....315	MONOJECT HYPODERMIC		Mono-Linyah.....190
M-M-R II (PF)	NEEDLES.....	633, 866	MONOVISC.....778
.....343, 346, 349, 355	MONOJECT INSULIN		MONSEL'S.....246
M-NATAL PLUS.....272	SAFETY SYRING.....	655, 866	<i>montelukast</i> 101
MNEXSPIKE 2025-2026	MONOJECT INSULIN		MONUROL.....33, 945
(PF).....352	SYRINGE.....	655, 866	Morgidox.....12
MOBILE LANCETS.....688, 865	MONOJECT LUER		MORGIDOX 1X 50.....11
<i>modafinil</i> 379	ADAPTER.....	643, 866	MORGIDOX 1X100.....12
MODD1 PATIENT	MONOJECT LUER-LOCK		MORGIDOX 2X100.....12
WELCOME KIT.....699, 865	TIP.....	633, 867	<i>moringa oleifera</i> 934
MODD1 SUPPLY KIT..751, 865	MONOJECT MAGELLAN		<i>morphine</i> 118, 119
MODERNA COVID 24-	SYRINGE.....	633, 867	<i>morphine (pf)</i> 118
25(6M-11Y)PF.....352	MONOJECT PHARMACY		<i>morphine concentrate</i> 118
MODEYSO.....149	TRAY LUER.....	633, 634, 867	

<i>morphine in 0.9 % sodium chlor</i>	118	MVW COMPLETE FORMUL PROBIOTIC.....	78	NALTREX.....	113
MOTEGRITY.....	59	MVW MODULATOR FORMUL MULTIVIT.....	331	<i>naltrexone</i>	366
MOTOFEN.....	49	MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT.....	331	NAMENDA TITRATION PAK.....	940
MOTPOLY XR.....	386	MVW MODULATR FORMMLTN PEDIATRIC.....	341	NAMENDA XR.....	940
MOUNJARO.....	475	MY CHOICE.....	180, 182	NAMZARIC.....	938
MOVANTIK.....	201	MY WAY.....	180, 182	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	656, 871
MOVE FREE PLUS MSM-VIT D3.....	926	MYALEPT.....	480	NANO PEN NEEDLE..	656, 871
MOVIPREP.....	62	MYCAPSSA.....	476	NANOVM ADULT.....	331
MOXATAG.....	4	<i>mycophenolate mofetil</i>	135, 369	NANRAN.....	537
MOXICAINE.....	535	<i>mycophenolate sodium</i>	370	NAPROSYN.....	132
<i>moxifloxacin</i>	7, 962	MYDAYIS.....	427, 433	NAPROXIN.....	132
<i>moxifloxacin-bromfenac</i>	961	MYDCOMBI.....	964	<i>naproxen sodium</i>	132
MRESVIA (PF).....	342	Mydriacyl.....	970	<i>naproxen-esomeprazole</i>	128
MS CONTIN.....	119	MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC).....	961	<i>naratriptan</i>	451
MSUD GEL POWDER.....	316	MYFEMBREE.....	500	NARCAN.....	202
MUCOSITISRX.....	359	MYFORTIC.....	370	NARDIL.....	421
MUGARD.....	357, 359	MYGLUCOHEALTH.....	688, 734, 870, 871	NATACYN.....	963, 983
MULPLETA.....	248	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION.....	688, 870	NATAL PNV.....	298
MULTAQ.....	210	MYGLUCOHEALTH LANCETS.....	689, 871	NATAZIA.....	180
MULTI PRO.....	330	MYHIBBIN.....	370	<i>nateglinide</i>	463
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN.....	330	MYLERAN.....	153	NATESTO.....	470
MULTI-LANCET DEVICE 2.....	688, 870	MYLK.....	283	NATROBA.....	512
MULTITOL-M.....	330	MYNATAL.....	272	NAYZILAM.....	413, 415
<i>multivit with min-folic acid</i>	331	MYNATAL ADVANCE.....	272	<i>nebivolol</i>	226
<i>multivit,calc,min-fa-k1-lycop</i>	331	MYNATAL PLUS.....	272	<i>nebulizer and compressor</i>	757, 871
<i>multivitamin</i>	312	MYNATAL-Z.....	272	NEBUPENT.....	37
MULTIVITAMIN GUMMIES.....	331	MYNATE 90 PLUS.....	272	NEBUSAL.....	764
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE.....	286, 287	MYRBETRIQ.....	953	Necon 0.5/35 (28).....	190
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS.....	331	MYROSINASE.....	934	<i>nefazodone</i>	398
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS.....	266	MYSOLINE.....	385	NEFFY.....	242
MULTI-VIT-FLOR.....	287	MYTESI.....	46	NEMPLUVIO.....	509
MULTIVIT-FLUORIDE (METAFO LIN).....	287	MYTHIUS.....	544	NENDRUX.....	549
<i>multivit-min-ferrous fumarate</i>	331	MYVORI.....	544	NEOCATE JUNIOR WITH PREBIOTICS.....	318
<i>multivit-min-ferrous gluconate</i>	331	MYXREDLIN.....	499	<i>neomycin</i>	5
<i>mupirocin</i>	537	N.O.MAX ER.....	270	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	976
<i>mupirocin calcium</i>	537	<i>nabumetone</i>	133	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	965
MURI-LUBE.....	765	<i>nadolol</i>	236	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	943
MUSCUSOLICE.....	580	<i>naftifine</i>	593	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	976
MVW COMPLETE FORM PROBIOT MINI.....	78	NAFTIN.....	593	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	965
		<i>nalbuphine</i>	143	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	767, 976
		Nalocet.....	124, 136	NEONATAL COMPLETE....	272
		<i>naloxone</i>	202		

NEONATAL FE.....	292	NEXOBRID.....	574	NORA-BE.....	182
NEONATAL PLUS VITAMIN.....	272	NEXPLANON.....	195	NORDITROPIN FLEXPOR.....	497
NEONATAL-DHA.....	272	NEXTSTELLIS.....	190	<i>norelgestromin-</i>	
NEOPHE.....	315	NGENLA.....	497	<i>ethin.estradiol.....</i>	195
Neo-Polycin.....	965	<i>niacin.....</i>	207, 208, 295	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron.</i>	190
Neo-Polycin Hc.....	976	<i>niacin (inositol niacinate).....</i>	295	<i>norethindrone</i>	
NEORAL.....	135, 368	<i>niacinamide.....</i>	295	<i>(contraceptive).....</i>	183
NEOSALUS.....	573	Niacor.....	208	<i>norethindrone acetate.....</i>	479
NEO-SYNALAR.....	541	<i>nicardipine.....</i>	222	<i>norethindrone ac-eth</i>	
NEO-SYNALAR KIT.....	541	NICOTINAMIDE (WITH		<i>estradiol.....</i>	190, 478
NEO-VITAL RX.....	272	CHROMIUM).....	331	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>	
NEOVITE.....	331	<i>nicotine.....</i>	364	<i>iron.....</i>	190
NEPHRO VITAMINS.....	266	<i>nicotine (polacrilex).....</i>	364	Norgesic Forte.....	775
NEPHRON FA.....	266	NICOTROL NS.....	364	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
NEPHRO-VITE.....	267	<i>nifedipine.....</i>	222, 223	<i>estradiol.....</i>	190, 193
NEPRO CARB STEADY.....	318	NIFEREX (FERROUS		NORITATE.....	579
NERLYNX.....	172	ASPARTO GLYC).....	294	NORLIQVA.....	223
NESINA.....	501	NIGHTTIME UNDERPANTS		NORMAL SALINE FLUSH.....	304
NESTABS ABC.....	273	L-XL.....	613, 871	NORM-JECT.....	637, 871, 872
NESTABS DHA.....	273	Nikki (28).....	190	NORM-JECT TUBERKULIN	
NESTABS ONE.....	312	NILANDRON.....	178	.....	637, 872
Neuac.....	599	<i>nilotinib hcl.....</i>	163	NORMLGEL AG.....	537
NEUAC KIT.....	599	<i>nilutamide.....</i>	178	NORPACE.....	229
NEULASTA.....	249	<i>nimodipine.....</i>	226	NORPACE CR.....	228
NEULASTA ONPRO.....	249	NINJACOF-XG.....	99	NORPRAMIN.....	418
NEUPOGEN.....	249	NINLARO.....	158	NORTHERA.....	243
NEUPRO.....	444	<i>nisoldipine.....</i>	223	Nortrel 0.5/35 (28).....	190
NEURAPTINE.....	580	<i>nitazoxanide.....</i>	2	NORTREL 1/35 (21).....	191
NEURIVA ORIGINAL.....	934	<i>nitisinone.....</i>	959	Nortrel 1/35 (28).....	191
NEURONTIN.....	442	Nitro-Bid.....	239	Nortrel 7/7/7 (28).....	194
NEUTEK 2TEK TEST		NITRO-DUR.....	239	<i>nortriptyline.....</i>	418
STRIPS.....	734, 871	<i>nitrofurantoin.....</i>	27, 945	NORVASC.....	223
NEVANAC.....	967	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		NORVIR.....	31
<i>nevirapine.....</i>	4	.....	27, 944	NOSE CLIP.....	757, 872
NEW DAY.....	180, 182	<i>nitrofurantoin monohydr/m-</i>		NOURIANZ.....	371
NEW SKIN BOTANICALS.....	547	<i>cryst.....</i>	27, 944	NOVA MAX GLUCOSE	
NEW SKIN KIDS.....	547	<i>nitroglycerin.....</i>	239, 507	TEST.....	735, 872
NEW SKIN SENSITIVE.....	547	NITROLINGUAL.....	239	NOVA MAX PLUS GLUC-	
NEW ZEALAND WHEY		NITROMIST.....	239	KETON METER.....	702, 872
PROTEIN.....	305	NITROSTAT.....	239	NOVA SAFETY LANCETS	
NEWFLORA.....	78	NITRO-TIME.....	239	.....	689, 872
NEWGEN.....	273	NITYR.....	959	NOVA SUREFLEX	
NEXA PLUS.....	273	NIVA THYROID.....	493	LANCETS.....	689, 872
NEXAVAR.....	176	NIVESTYM.....	249	NOVACORT.....	581
NEXIUM.....	52	NIX LICE PREVENTION.....	518	NOVAFERRUM YAY IRON.....	294
NEXIUM PACKET.....	52, 53	<i>nizatidine.....</i>	51	NOVAMAX PLUS GLU-KET	
NEXIVA.....	621, 871	NOBELA.....	595	.....	689, 872
NEXLETOL.....	217	NOC DURNA (MEN).....	476	NOVAREL.....	492
NEXLIZET.....	218	NOC DURNA (WOMEN).....	476	NOVAVAX COVID 2024-	
		NOLIRA.....	535	25(PF)(EUA).....	352

NOVOEIGHT.....	260	NUVA III.....	761, 873	OCM.....	521
NOVOFINE 32.....	656, 872	NUVAGEL.....	762, 873	<i>octreotide acetate</i>	41, 476
NOVOFINE PLUS.....	656, 872	NUVARING.....	181	OCUFLOX.....	962
NOVOLIN 70/30 U-100		NUVAXOVID 2025-2026		OCUSOFT LID SCRUB	
INSULIN.....	498	(PF).....	352	ALLERGY.....	582
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		NUVAZIL II.....	762, 873	ODACTRA.....	345
U-100.....	498	NUVESSA.....	772	ODEFSEY.....	32
NOVOLIN N FLEXPEN.....	499	NUVIGIL.....	379	ODOMZO.....	171
NOVOLIN N NPH U-100		NUWIQ.....	260	OFEV.....	92, 164
INSULIN.....	499	NUZYRA.....	6, 12	OFF ACTIVE.....	576
NOVOLIN R FLEXPEN.....	499	Nyamyc.....	570	OFF DEEP WOODS.....	577
NOVOLIN R REGULAR		Nylia 1/35 (28).....	191	<i>ofloxacin</i>	7, 766, 962
U100 INSULIN.....	499	Nylia 7/7/7 (28).....	194	OGSIVEO.....	149
NOVOLOG FLEXPEN U-		NYMALIZE.....	227	OHTUVAYRE.....	87
100 INSULIN.....	468	NYNUTEY.....	535	OJEMDA.....	165
NOVOLOG MIX 70-30 U-		NYPOZI.....	249	OJJAARA.....	150
100 INSULN.....	464	<i>nystatin</i>	27, 358, 570, 571	<i>olanzapine</i>	375, 406
NOVOLOG MIX 70-		<i>nystatin-triamcinolone</i>	540	<i>olanzapine-fluoxetine</i>	
30FLEXPEN U-100.....	464	Nystop.....	571	.....	375, 399, 406
NOVOLOG PENFILL U-100		NYVEPRIA.....	249	<i>olive oil</i>	765
INSULIN.....	468	OASIS ULTRA		<i>olmesartan</i>	211
NOVOLOG U-100 INSULIN		FENESTRATED.....	596, 873	<i>olmesartan-amlodipin-</i>	
ASPART.....	468	OASIS WOUND MATRIX		<i>hcthiazid</i>	221
NOVOPEN ECHO.....	656, 872	FENESTRATED.....	596, 873	<i>olmesartan-</i>	
NOVOSEVEN RT.....	263	OASIS WOUND MATRIX		<i>hydrochlorothiazide</i>	225
NOXAFIL.....	16	MESHED.....	596, 873	<i>olopatadine</i>	100, 970
NOXIPAK.....	549	OB COMPLETE.....	331	OLPRUVA.....	959
NP THYROID.....	493	OB COMPLETE ONE.....	273	OLUMIANT.....	139, 510
NRF2 ACTIVATOR.....	935	OB COMPLETE PETITE.....	273	OLUX.....	564
NUBEQA.....	179	OB COMPLETE PREMIER.....	273	OLUX-E.....	564
NUCALA.....	108	OB COMPLETE WITH DHA.....	273	OMBRA COMPRESSOR	
NUCORT.....	549	OBAGI ELASTIDERM.....	528	SYSTEM.....	757, 873
NUCYNTA.....	119	OBAGI NU-DERM		OMECLAMOX-PAK.....	56
NUCYNTA ER.....	119	BLENDER.....	528	<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>	230
NUDEXTA.....	371	OBAGI NU-DERM CLEAR..	528	OMEGA MONOPURE.....	230
NUGUT BOWEL SUPPORT		OBAGI NU-DERM		OMEGA MONOPURE DHA	
PROBIOTIC.....	78	SUNFADER.....	544	EC.....	230
NU-IRON.....	292	OBAGI-C CLARIFYING		OMEGA MONOPURE EPA	
NUJO.....	569	SERUM.....	544	EC.....	230
NUJU.....	569	OBAGI-C THERAPY NIGHT		<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	216
NULEV.....	50, 947	.....	544	<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i>	
NULIBRY.....	199	OBIZUR.....	260	.....	230, 231
NUMBONEX.....	535	OBSTETRIX DHA.....	273	OMEGA-3 KRILL OIL.....	231
NUMBRINO.....	88	OBSTETRIX DHA		<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ...	231
NUMOISYN.....	359, 935	PRENATAL DUO.....	273	OMEGAPURE 900-TG.....	231
NUPLAZID.....	405	OBSTETRIX EC.....	274	OMEGAPURE PRM.....	231
NURTEC ODT.....	446	OBSTETRIX ONE.....	274, 312	OMEGAPURE-600 EC.....	231
NUTRASEB.....	573	OBTREX DHA.....	274	OMEGAPURE-780 EC.....	231
NUTRISOURCE FIBER.....	58	OCALIVA.....	112	OMEGAPURE-820.....	231
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	497	OCELLA.....	191	OMEGAPURE-900 EC.....	231

<i>omeprazole</i>	53	ONE DAILY MULTI-VIT W- MINERAL.....	332	ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN.....	312
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	65, 66	ONE DAILY MULTIVITAMIN	312	ONEXTON.....	599
OMEZA.....	521	ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON.....	332	ONFI.....	413, 415
OMNARIS.....	100	ONE DAILY PRENATAL.....	274	ONGENTYS.....	409
OMNI-BIOTIC AB-10.....	78	ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K).....	332	ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST.....	619, 876
OMNI-BIOTIC BALANCE.....	78	ONE DAILY WOMEN'S.....	332	ON-THE-GO LANCETS	690, 876
OMNI-BIOTIC HETOX.....	79	ONE-A-DAY MEN VITACRAVES.....	332	ONUREG.....	155
OMNI-BIOTIC PANDA.....	79	ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS.....	332	ONYDA XR.....	420
OMNI-BIOTIC STRESS RELEASE.....	79	ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE.....	332	ONZDEAXIADEMTAR.....	603
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	699, 873	ONE-A-DAY PRENATAL.....	298	ONZDEAXIADEMVAR.....	603
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	699, 873	ONE-A-DAY PRENATAL-1.....	274	ONZDEAXIATAR.....	603
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	699, 873	ONE-A-DAY TRUBIOTICS....	79	ONZDEAXIAVAR.....	603
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	699, 873	ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES.....	333	ONZDEAXIAZAR.....	603
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	700, 874	ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS.....	333	ONZDEOXIA.....	599
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	656, 874	ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE.....	333	ONZETRA XSAIL.....	451
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	700, 874	ONE-DAILY MULTI.....	333	OPCICON ONE-STEP 180, 182 OPFOLDA.....	956
OMNITROPE.....	497	ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV.....	689, 874	OPILL.....	183
OMVOH.....	60	ONETOUCH DELICA PLUS LANCET.....	689, 874	OPIPZA.....	375, 407
OMVOH PEN.....	60	ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET.....	689, 874	<i>opium tincture</i>	40, 46
ON CALL EXPRESS CONTROL.....	689, 874	ONETOUCH ULTRA CONTROL.....	689, 875	OPSUMIT.....	233
ON CALL EXPRESS METER.....	689, 874	ONETOUCH ULTRA TEST	735, 875	OPSYNVI.....	203
ON CALL EXPRESS TEST STRIP.....	735, 874	ONETOUCH ULTRA2 METER.....	689, 875	OPTICAMBER ADULT MASK-LARGE.....	757, 876
ON CALL LANCET.....	689, 874	ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET.....	689, 875	OPTICAMBER DIAMOND LG MASK.....	758, 876
ON CALL LANCING DEVICE.....	689, 874	ONETOUCH VERIO FLEX METER.....	689, 875	OPTICAMBER DIAMOND VHC.....	758, 876
ONAPGO.....	445	ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL.....	689, 875	OPTICAMBER DIAMOND- MED MSK.....	758, 876
ONCOPLEX.....	935	ONETOUCH VERIO MID CONTROL.....	689, 875	OPTICAMBER DIAMOND- SML MASK.....	758, 876
ONCOPLEX ES.....	935	ONETOUCH VERIO REFLECT METER.....	690, 875	OPTICLEANSE GHI.....	318
<i>ondansetron</i>	55	ONETOUCH VERIO TEST STRIPS.....	736, 875	OPTIMAG 125.....	284
<i>ondansetron hcl</i>	55			OPTIMAG NEURO.....	285
ONE A DAY MEN COMPLETE.....	332			OPTIMAG PLUS CALCIUM	283
ONE DAILY ESSENTIAL.....	332			OPTION-2.....	180, 182
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS W-D3.....	332			OPTIUM EZ.....	736, 876
ONE DAILY MEN'S HEALTH.....	332			OPTIUM TEST.....	736, 877
				OPVEE.....	202
				OPZELURA.....	522
				ORACEA.....	12, 584
				ORACIT.....	944
				ORALAIR.....	346
				Oralone.....	358
				ORALYTE.....	307
				ORAMAGICRX.....	357

ORAPEUTIC.....	357	OVACE PLUS WASH.....	538	PALFORZIA (LEVEL 10).....	351
ORAPRED ODT.....	490	OVAL TAPE.....	690, 877	PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE).....	351
ORAVIG.....	35	OVEGA-3.....	231	PALFORZIA INITIAL (1-3 YRS).....	351
ORAXINOL.....	935	OVIDE.....	512	PALFORZIA INITIAL (4-17 YRS).....	351
<i>oregano oil-flaxseed oil</i>	935	OVIDREL.....	492	PALFORZIA LEVEL 11 MAINTENANCE.....	351
ORENCIA.....	142	<i>oxaprozin</i>	132	<i>paliperidone</i>	419
ORENCIA CLICKJECT.....	141	<i>oxazepam</i>	413, 436	PALYNZIQ.....	957
ORENITRAM.....	204	<i>oxcarbazepine</i>	389, 390	PAMELOR.....	418
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT.....	204	OXERVATE.....	980	PANCREAZE.....	67
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT.....	204	OXIAICE.....	591	PANDEL.....	565
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT.....	204	OXIANUJO.....	569	PANRETIN.....	580
ORFADIN.....	959	OXIANUJO (WITH HYALURONATE).....	569	<i>pantoprazole</i>	53
ORGANIC NIPPLE BALM...	573	OXIATAR.....	605	PANXYME PH.....	67
ORGOVYX.....	169	OXIAVARRY.....	605	<i>papaverine</i>	243
ORIAHNN.....	500	OXIAVARY.....	605	PAPAYA DIGESTIVE ENZYME CMLPX.....	50
ORILISSA.....	500	OXIAZAR.....	605	PARADIGM RESERVOIR.....	656, 877
ORKAMBI.....	103	<i>oxiconazole</i>	588	PARAGARD T 380A.....	198
ORLADEYO.....	240	OXISTAT.....	588	PARAGARD T380A (SINGLE HAND).....	198
<i>orlistat</i>	955	OXTELLAR XR.....	390, 391	PARI BABY CONV KIT - SIZE 1.....	758, 877
ORLYNVAH.....	1	<i>oxybutynin chloride</i>	947	PARI BABY CONV KIT - SIZE 2.....	758, 877
Ormalvi.....	774	<i>oxycodone</i>	119, 120	PARI BABY CONV KIT - SIZE 3.....	758, 877
<i>orphenadrine citrate</i>	777	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	124, 125, 136, 137	PARI LC SPRINT NEBULIZER SET.....	620, 877
<i>orphenadrine-asa-caffeine</i> ...	775	OXYCONTIN.....	120	PARI LC SPRINT SINUS.....	620, 877
Orphengesic Forte.....	775	<i>oxymorphone</i>	120	PARI TREK S COMBO PACK.....	758, 877
Orquidea.....	183	OXYTROL.....	947	PARI TREK S COMPACT COMPRESSOR.....	758, 877
ORSERDU.....	154	OYSTER SHELL CALCIUM 500.....	282	PARI TREK S PORTABLE PWR KIT.....	758, 877
ORTHAPHEN.....	592	OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3.....	309	<i>paricalcitol</i>	957
ORTHOVISC.....	778	OZEMPIC.....	475	PARNATE.....	421
ORTIKOS.....	68	OZOBAX.....	777	<i>paroxetine hcl</i>	437
OSAPLEX.....	283	Pacerone.....	210	<i>paroxetine mesylate(menop.sym)</i>	496
OSAPLEX MK-7.....	283	PACNEX HP.....	606	PASER.....	3
OSCIMIN.....	50, 947	PACNEX LP.....	606	PAXIL.....	437, 438
OSCIMIN SL.....	50, 947	PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	545	PAXIL CR.....	437
<i>oseltamivir</i>	28	PAIN EASE MIST SPRAY...	545	PAXLOVID.....	34
OSENI.....	480	PAINGO KFT.....	595		
OSMOLEX ER.....	445	PALFORZIA (LEVEL 0).....	350		
OSSOPAN MD.....	281	PALFORZIA (LEVEL 1).....	350		
OSSOPAN-1100.....	281	PALFORZIA (LEVEL 2).....	350		
OSTACHOL.....	303	PALFORZIA (LEVEL 3).....	350		
OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM.....	283	PALFORZIA (LEVEL 4).....	350		
OTEZLA.....	139, 513	PALFORZIA (LEVEL 5).....	350		
OTEZLA STARTER....	140, 513	PALFORZIA (LEVEL 6).....	350		
OTOVEL.....	767	PALFORZIA (LEVEL 7).....	351		
OVACE.....	538	PALFORZIA (LEVEL 8).....	351		
OVACE PLUS.....	537, 538	PALFORZIA (LEVEL 9).....	351		
OVACE PLUS SHAMPOO..	537				

PAXLYTE.....	337	PEPTAMEN JUNIOR PHGG		PHENEX-2.....	315
<i>pazopanib</i>	164	.....	319	<i>phenobarb-hyoscy-atropine-</i>	
PCCA ACCUPEN-15...616, 877		<i>perampanel</i>	385	<i>scop</i>	47, 48
PCCA SUSPENDIT		Percocet.....	125, 137	<i>phenobarbital</i>	385, 386, 435
ANHYDROUS.....	765	PERFECT POINT SAFETY		PHENOHYTRO.....	48
PEAK AIR PEAK FLOW		LANCETS.....	690, 878	<i>phenol</i>	768
METER.....	705, 877	PERFOROMIST.....	104	<i>phenoxybenzamine</i>	242
<i>pedi multivit no.194-iron sulf</i> 341		PERIDEX.....	360	<i>phentermine</i>	955
PEDIALYTE		<i>perindopril erbumine</i>	241	<i>phentermine-topiramate</i>	955
ELECTROLYTE.....	307	Periogard.....	360	<i>phenylalanine</i>	270
PEDIALYTE		<i>permethrin</i>	512	<i>phenylephrine hcl</i>	979
ELECTROLYTE WATER.....	307	<i>perphenazine</i>	384	<i>phenyleph-tropicamide in</i>	
PEDIALYTE SPARKLING		<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	399	<i>water</i>	964
RUSH.....	307	PERSONAL BEST FULL		Phenytek.....	396
PEDIAPRED.....	490	RANGE.....	705, 878	<i>phenytoin</i>	396
PEDIATRIC BEAR		PERSONAL BEST LOW		<i>phenytoin sodium extended</i> ..	396
NEBULIZER.....	758, 878	RANGE.....	705, 878	PHEODOYO.....	536
PEDIATRIC COMP-AIR		PERTZYE.....	67	PHEOXIA.....	540
COMPRES NEB.....	758, 878	PETROLEUM GAUZE.....	701, 878	PHEXXI.....	195
PEDIATRIC D-VITE.....	268	PFLEX INSPIRATORY		PHEYO.....	541
PEDIATRIC ELECTROLYTE		TRAINER.....	758, 878	Philith.....	191
.....	307	PHARMABASE BARRIER...575		PHOSPHALINE.....	205
<i>pediatric multivitamin no.171</i>		PHARMACIST CHOICE		PHOSPHOLINE IODIDE.....	964
.....	286	.....	737, 879	PHOSPHOROUS	
PEDIATRIC POLY-VITE.....	286	PHARMACIST CHOICE		SUPPLEMENT.....	314
PEDIATRIC POLY-VITE		GLUCOSE SYS.....	690, 879	PHOTREXA CROSS-	
WITH IRON.....	341	PHASEAL ASSEMBLY		LINKING KIT.....	968
PEDIATRIC TRI-VITE.....	286	FIXTURE.....	643, 879	PHYSIOLYTE.....	336
<i>peg 3350-electrolytes</i>	62	PHASEAL CONNECTOR		PHYSIOSOL IRRIGATION..	336
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-</i>		LUER LOCK.....	643, 879	<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ...	336
<i>asb-c</i>	62	PHASEAL INFUSION		PIFELTRO.....	4
PEGASYS.....	30	ADAPTER.....	643, 879	PIKO 1.....	705, 879
<i>peg-electrolyte soln</i>	62	PHASEAL INFUSION		PILLOW MASK CHILD.....	758, 879
PEMAZYRE.....	157	CLAMP.....	643, 879	<i>pilocarpine hcl</i>	358, 964, 982
PEN NEEDLE.....	656, 878	PHASEAL INJECTOR LUER		PILOT COVID-19 AT-HOME	
<i>pen needle, diabetic</i>	656, 878	.....	643, 879	TEST.....	619, 880
<i>pen needle, diabetic, safety</i>		PHASEAL INJECTOR LUER		<i>pimecrolimus</i>	569
.....	656, 878	LOCK.....	643, 879	<i>pimozide</i>	419
PENBRAYA (PF).....	345	PHASEAL PROTECTOR		Pimtrea (28).....	197
<i>penciclovir</i>	513	.....	643, 879	<i>pindolol</i>	243
<i>penicillamine</i>	141, 200	PHASEAL SECONDARY		<i>pioglitazone</i>	484
<i>penicillin v potassium</i>	33	SET.....	621, 879	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	474
<i>pentamidine</i>	37	PHASEAL Y-SITE.....	621, 879	<i>pioglitazone-metformin</i>	473
PENTASA.....	39	PHEBURANE.....	959	PIP BLOOD GLUCOSE	
<i>pentazocine-naloxone</i>	143	PHEDRAX.....	539	MONITOR.....	690, 880
PENTIPS PEN NEEDLE		<i>phenazopyridine</i>	942	PIP BLOOD GLUCOSE	
.....	657, 878	<i>phendimetrazine tartrate</i>	954	TEST STRIP.....	737, 880
<i>pentoxifylline</i>	265	<i>phenelzine</i>	421	PIP GLUCOSE CONTROL	
Pepcid.....	51	Phenergan.....	43, 88, 91	SOLN L1-L2.....	690, 880
PEPCIX.....	303	PHENEX-1.....	304, 315	PIP LANCET.....	690, 880

PIP PEN NEEDLE.....	657, 880	POLY-VI-FLOR IRON		PRECISION	
PIQRAY.....	160	DROP(ARCOFO).....	287	GLUCOSE/KETONE	
<i>pirfenidone</i>	93	POLY-VI-FLOR W-		CONTR.....	690, 881
<i>piroxicam</i>	132	IRON(ARCOFOLIN).....	287	PRECISION PCX PLUS	
<i>pitavastatin calcium</i>	215	POLY-VITA DROPS.....	286	TEST.....	738, 881
PIXEL COVID19 HOME		POLY-VITA WITH IRON.....	341	PRECISION PCX TEST	
COLLECT KIT.....	619, 880	POMALYST.....	175	.....	738, 881
PLANTAGO-HOMACCORD	363	PONVORY.....	506	PRECISION POINT OF	
PLAQUENIL.....	17, 136	PONVORY 14-DAY		CARE TEST.....	738, 882
PLATINUM TEST STRIP		STARTER PACK.....	506	PRECISION Q-I-D TEST	
.....	737, 880	POPULUS COMPOSITUM..	363	.....	739, 882
PLAVIX.....	255	Portia 28.....	191	PRECISION XTRA	
PLEGRIDY.....	505, 506	<i>posaconazole</i>	16	KETONE-GLUCOSE...	702, 882
PLENITY.....	955	<i>potassium aa (bisglycinate)</i> ..	310	PRECISION XTRA	
PLENITY (WELCOME KIT) ..	955	<i>potassium chloride</i>	310	MONITOR.....	690, 882
PLENURA.....	546	<i>potassium citrate</i>	944	PRECISION XTRA TEST	
PLENVU.....	63	<i>potassium citrate-citric acid</i> ..	944	.....	739, 882
PLEXION.....	599	<i>potassium gluconate</i>	310	PRECOSE.....	484
PLEXION CLEANSING		<i>potassium iodide</i>	285	PRED FORTE.....	973
CLOTHS.....	599	<i>potassium, sodium</i>		PRED MILD.....	974
PLEXION NS.....	538	<i>phosphates</i>	314	PRED-G S.O.P.....	976
PMS SOOTHE.....	935	<i>povidone-iodine</i>	963	<i>prednicarbate</i>	565
PNEUMOVAX-23.....	344	PR BENZOYL PEROXIDE..	606	<i>prednisoln sp-moxiflox-</i>	
<i>pnv no.95-ferrous fumarate-</i>		PR CREAM.....	547	<i>bromfen</i>	977
<i>fa</i>	274	PR NATAL 400.....	274	<i>prednisolone</i>	490
PNV TABS 20-1.....	298	PR NATAL 400 EC.....	274	<i>prednisolone acetate</i>	974
PNV-DHA.....	313	PR NATAL 430.....	275	<i>prednisolone acetate (pf)</i>	974
PNV-DHA + DOCUSATE....	274	PR NATAL 430 EC.....	275	<i>prednisolone acetate-</i>	
PNV-OMEGA.....	333	PRADAXA.....	255	<i>bromfenac</i>	979
PNV-SELECT.....	274	PRAKETAMIDE.....	580	<i>prednisolone acetate-</i>	
POCKET CHAMBER...758, 880		<i>pralidoxime</i>	201	<i>nepafenac</i>	979
POCKET PEAK FLOW		PRALUENT PEN.....	217, 218	<i>prednisolone sod ph-</i>	
METER.....	705, 880	<i>pramipexole</i>	445	<i>bromfenac</i>	979
PODOCON.....	525	PRAMOSONE.....	581	<i>prednisolone sod ph-</i>	
<i>podofilox</i>	525	<i>prasterone (dhea)</i>	927	<i>moxiflox</i>	976
POKONZA.....	310	<i>prasugrel hcl</i>	255	<i>prednisolone sodium</i>	
POLY HUB NEEDLE...637, 881		<i>pravastatin</i>	215	<i>phosphate</i>	490, 974
Polycin.....	965	<i>praziquantel</i>	2	<i>prednisolone-moxiflo-</i>	
<i>polymyxin b sulf-</i>		<i>prazosin</i>	242	<i>nepafenac</i>	977
<i>trimethoprim</i>	965	PREBIOMAX.....	79	<i>prednisolone-moxifloxacin</i>	
<i>polysaccharide iron complex</i>		PREBIOTIC FIBER.....	59	<i>hcl</i>	976
.....	292	PREBIOTIC FIBER (FOS).....	58	<i>prednisolone-moxiflox-</i>	
<i>polysorbate 80</i>	764	PREBIOTIC FIBER		<i>bromfen</i>	977
POLY-TUSSIN AC.....	98	DIGESTIVE.....	59	<i>prednisolon-moxiflox-</i>	
POLY-VI-FLOR		PREBIOTIC INULIN-FOS.....	59	<i>ketorolac</i>	977
(ARCOFOLIN).....	287	PRECISION.....	690, 881	<i>prednisone</i>	491
POLY-VI-FLOR DROPS.....	287	PRECISION GLUCOSE		PREDNISONE INTENSOL..	490
POLY-VI-FLOR DROPS		CONTROL SOLN.....	690, 881	<i>pregabalin</i>	
(ARCOFOLIN).....	287			.....	374, 383, 384, 386, 442, 449
				PREGEN DHA.....	275

PREGNYL.....	492	PRENATAL PLUS VITAMIN-	PREVIDENT 5000 ENAMEL
PRELIEF.....	48	MINERAL.....	PROTECT.....
PREMARIN.....	487, 771	277	361
PREMIER BLU GLUCOSE		PRENATAL TABLET.....	PREVIDENT 5000 ORTHO
METER.....	690, 882	<i>prenatal vit no.179-iron-folic</i>	DEFENSE.....
PREMIER CLASSIC		277	361
GLUCOSE METER.....	690, 883	PRENATAL VITAMIN.....	PREVIDENT 5000 PLUS.....
PREMIER COMPACT		277	361
GLUCOSE METER.....	690, 883	PRENATAL VITAMIN PLUS	PREVIDENT 5000
PREMIER TEST STRIP		LOW IRON.....	SENSITIVE.....
.....	739, 883	278	362
PREMIER VOICE		PRENATAL VITAMIN WITH	PREVIDENT KIDS.....
GLUCOSE METER.....	690, 883	MINERALS.....	362
PREMIUM BLOOD		278	PREVNAR 20 (PF).....
GLUCOSE MONITOR.....	690, 883	<i>prenatal vit-iron fum-folic ac</i>	344
PREMIUM V10....	690, 740, 883	278	PREV-RX.....
PREMPHASE.....	478	PRENATAL WITH DHA-	PREVYMIS.....
PREMPRO.....	478	FOLIC ACID.....	2
PRENAISSANCE.....	275	278	PREZCOBIX.....
PRENAISSANCE PLUS.....	275	PRENATAL-U.....	26, 30
PRENATA.....	275	313	PREZISTA.....
PRENATABS FA.....	275	PRENATE AM.....	30, 31
PRENATABS RX.....	275	313	PRIFTIN.....
PRENATAL.....	277, 298	PRENATE CHEWABLE.....	23, 33
PRENATAL + DHA.....	275	313	PRILO PATCH.....
PRENATAL 19.....	276	PRENATE DHA.....	583
PRENATAL 19 (WITH		PRENATE DHA (FERR ASP	PRIOLOSEC.....
DOCUSATE).....	275	GLYCIN).....	53
PRENATAL COMPLETE.....	276	298	PRIMACARE.....
PRENATAL ESSENTIALS..	276	PRENATE ELITE.....	278
PRENATAL FORMULA.....	276	298	PRIMADOPHILUS BIFIDUS..
PRENATAL FORMULA-		PRENATE ELITE (IRON	79
DHA.....	276	ASP GLYC).....	PRIMADOPHILUS
PRENATAL GUMMIES.....	298	298	ORIGINAL.....
PRENATAL		PRENATE ENHANCE.....	79
GUMMIES(ZINC CHELATE)		313	<i>primaquine</i>
.....	333	PRENATE ESSENTIAL.....	17
PRENATAL MULTI.....	276	313	PRIMEAIRE.....
PRENATAL MULTI-DHA		PRENATE	758, 884
(ALGAL OIL).....	276	ESSENTIAL(IRON-ASP-GL)	PRIMIDAR.....
PRENATAL MULTI-		.....	79
DHA(WITH VIT K).....	276	PRENATE MINI (FERR ASP	<i>primidone</i>
PRENATAL		GLYCIN).....	386
MULTIVITAMINS.....	276	298	Primlev.....
PRENATAL ONE DAILY....	277	PRENATE PIXIE.....	125, 126, 137, 138
PRENATAL PLUS.....	277	298	PRIMSOL.....
PRENATAL PLUS		PRENATE RESTORE.....	5
(CALCIUM CARB).....	277	299	PRIORIX (PF)
PRENATAL PLUS DHA.....	277	PREPIDIL.....	.....
		483	343, 346, 349, 356
		PRESERA.....	PRISTIQ.....
		573	416
		PRESERVISION AREDS 2	PRO COMFORT INSULIN
		PLUS MV.....	SYRINGE.....
		333, 929	657, 884
		PRESERVISION AREDS-2.....	PRO COMFORT LANCET
		929	.....
		PRESSURE ACTIVATED	691, 884
		LANCETS.....	PRO COMFORT PEN
		691, 883	NEEDLE.....
		PRESTALIA.....	657, 884
		237	PRO COMFORT SAFETY
		<i>pretomanid</i>	LANCET.....
		26	691, 884
		PREVACID.....	PRO COMFORT TENS
		53	ELECTRODE.....
		PREVACID SOLUTAB.....	612, 884
		53	PRO COMFORT TENS
		Prevalite.....	UNIT.....
		209, 210	612, 884
		PREVENT DROPSAFE PEN	PRO VOICE V8-V9 TEST
		NEEDLE.....	STRIP.....
		657, 884	740, 884
		PREVIDENT.....	PRO VOICE V9 GLUCOSE
		362	MONITOR.....
		PREVIDENT 5000	691, 885
		BOOSTER PLUS.....	PROAIR RESPIClick.....
		361	104
		PREVIDENT 5000 DRY	PROBACAP.....
		MOUTH.....	79
		361	<i>probenecid</i>
			937
			<i>probenecid-colchicine</i>
			936
			PROBICHEW.....
			79

PROBIO DEFENSE.....79	PROCARE SPACER WITH	Prolate..... 126, 138
PROBIOFLEXX..... 80	ADULT MASK.....759, 885	PROLENSA.....967
PROBIOMAX 350 DF..... 80	PROCARE SPACER WITH	PROMACTA..... 248
PROBIOMAX COMPLETE	CHILD MASK.....759, 885	PROMELLA..... 82
DF.....80	PROCEL SINGLES..... 305	<i>promethazine</i> 43, 44, 88, 91
PROBIOMAX DAILY DF.....80	Procentra.....403	<i>promethazine-codeine</i> 105
PROBIOMAX DF..... 80	PRO-CEPTION.....612, 885	<i>promethazine-dm</i> 94
PROBIOMAX IG 26 DF..... 80	PROCHAMBER.....759, 885	<i>promethazine-phenylephrine</i> . 89
PROBIOMAX LEAN DF.....80	<i>prochlorperazine</i> 43	Promethegan..... 44, 88, 91
PROBIOMAX PLUS DF.....80	<i>prochlorperazine maleate</i>	PROMETRIUM..... 479
PROBIOMAX SB DF..... 80	43, 385	PROMISEB.....538, 574
PROBIOMAX SERENITY.....80	PROCORT.....509	PRONAL.....549
PROBIONEXX.....81	PROCRIT..... 250	PRONEB MAX
PROBIOTIC.....82	Proctocort..... 508, 565	COMPRESSOR-LC PLUS
PROBIOTIC (B.	PROCTOFOAM HC.....509	759, 886
COAGULANS).....81	Procto-Med Hc.....508, 565	PRONEB MAX
PROBIOTIC (S.BOULARDII).81	Proctosol Hc..... 508, 565	COMPRESSR-LC SPRINT
PROBIOTIC (WITH	Proctozone-Hc.....508, 565	759, 886
VITAMIN D3)..... 81	PROCYSBI.....942	PRONEB ULTRA II FILTER
PROBIOTIC ACIDOPHILUS	PRODIGY AUTOCODE	ASSEM..... 759, 886
(4 STRN)..... 81	METER.....691, 885	PROOXIA..... 544
PROBIOTIC	PRODIGY AUTOCODE	<i>propafenone</i> 234
ACIDOPHILUS(14-STRN).....81	MONITOR SYST..... 691, 885	<i>proparacaine</i> 979
PROBIOTIC COLON	PRODIGY CONTROL	PROPIMEX-2..... 315
SUPPORT..... 81	SOLUTION, LOW..... 691, 885	<i>propranolol</i> 236, 237
PROBIOTIC DIGEST SUPP	PRODIGY CONTROL	<i>propranolol-</i>
(4-STRN)..... 81	SOLUTION,HIGH..... 691, 885	<i>hydrochlorothiazid</i> 220
PROBIOTIC DIGEST SUPP	PRODIGY INSULIN	<i>propylthiouracil</i> 460
(6-STRN)..... 81	SYRINGE..... 657, 885	PROSCAR.....941
PROBIOTIC	PRODIGY LANCETS.. 691, 885	PROSILK.....762, 886
DIGEST(L.RHAM,INULN)..... 81	PRODIGY LANCING	PROSILK GEL.....547
PROBIOTIC	DEVICE..... 691, 885	PROSOURCE..... 305
DIGEST(LACTO,BIFIDO).....82	PRODIGY MINI-MIST	PROTECT IRON LIQUID.... 294
PROBIOTIC FORMULA	NEBULIZER..... 620, 885	PROTHELIAL..... 359
(INULIN)..... 82	PRODIGY NO CODING	PROTONIX.....54
PROBIOTIC PEARLS	740, 886	<i>protriptyline</i> 418
ACIDOPHILUS..... 82	PRODIGY POCKET METER	PROVATE PELVIC ORGAN
PROBIOTIC PEARLS	691, 886	SUPPORT..... 772, 886
COMPLETE.....82	PRODIGY TWIST TOP	PROVENT..... 759, 886
PROBIOTIC PEARLS	LANCET..... 691, 886	PROVENT STARTER. 759, 886
WOMEN'S..... 82	PRODIGY VOICE	PROVERA.....479
PROBIOTIC-10.....82	GLUCOSE METER.... 691, 886	PROVIDA OB..... 278
PROBIOTIC-IMMUNE..... 82	PROFILNINE.....263	PROVIGIL.....379
PROBIZEN..... 82	PROFINAC.....529	PROVIMIN.....319
PROCARDIA XL.....223	PROFOLA..... 333	PROVISC..... 969
PROCARE COMPRESSOR	<i>progesterone</i> 479	PROXIVOL..... 535
NEBULIZER..... 758, 885	<i>progesterone micronized</i> 479	PROZAC.....438
PROCARE PEDIATRIC	PROGLYCEM.....462	<i>prucalopride</i> 60
NEBULIZER..... 759, 885	PROGRAF.....368	PRUCLAIR..... 574
	PROLASTIN-C..... 106	PRUMYX..... 574

Pruradik.....	512	<i>pyridostigmine bromide</i>	201, 773, 774	QUIT 2.....	365
PSORINOHEEL.....	363	.....		QUIT 4.....	365
<i>psyllium husk</i>	59	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i>	296	QULIPTA.....	446
<i>psyllium husk (with sugar)</i>	59	<i>pyrimethamine</i>	17	QUTENZA.....	512
PULMICORT.....	95	PYRUKYND.....	264	QUVIVIQ.....	410
PULMICORT FLEXHALER...	95	QBRELIS.....	241	QVAR REDIHALER.....	95
PULMO-AIDE		QBREXZA.....	528	<i>rabeprazole</i>	54
COMPRESSOR.....	759, 886	Q-CARE RX Q2.....	761	RADIAGEL.....	550
PULMONEB LT		Q-CARE RX Q4.....	761	RADIAPLEXRX.....	547
COMPRESSOR NEBUL		QDOLO.....	121	RADICAVA ORS.....	774
.....	759, 887	QELBREE.....	456, 457	RADICAVA ORS STARTER	
PULMOSAL.....	764	QFITLIA.....	244	KIT SUSP.....	774
PULMOZYME.....	107	QFITLIA PEN.....	244	RADIOGARDASE.....	202
PURAZIL.....	532	QINLOCK.....	164	RAGWITEK.....	346
PURE COMFORT		QLOSI.....	983	RALDESY.....	398
LANCETS.....	691, 887	QNASL.....	100, 101	<i>raloxifene</i>	483
PURE COMFORT PEN		QSYMIA.....	955	<i>ramelteon</i>	438
NEEDLE.....	657, 887	QTERN.....	480	<i>ramipril</i>	241
PURE COMFORT SAFETY		QUAKE VIBRATORY PEP		<i>ranolazine</i>	235
LANCETS.....	691, 887	.....	759, 887	RAPAFLO.....	942
PURE COMFORT SAFETY		QUALAQUIN.....	17	RAPID SARS-COV-2 AG	
PEN NEEDLE.....	657, 887	<i>quazepam</i>	413, 435	HOME TEST.....	619, 888
PUREAIR MINI NEBULIZER		QUDEXY XR.....	391, 392	RAPIDGO FLU AND	
.....	759, 887	<i>quercetin</i>	336	COVID-19 TEST.....	619, 888
PURECOMFORT PEAK		Questran.....	210	RAPPORT VACUUM	
FLOW METER.....	705, 887	Questran Light.....	210	THERAPY.....	699, 888
PUREVITA ALPHA LIPOIC		<i>quetiapine</i>	375, 408	<i>rasagiline</i>	414
ACID.....	929	QUICKVUE AT-HOME		RASUVO (PF).....	145, 146
PUREVITA FOLIC ACID....	290	COVID-19 TEST.....	619, 887	RAVICTI.....	959
PUREVITA MAGNESIUM		QUICKVUE SARS		RAYALDEE.....	957
OXIDE.....	285	ANTIGEN.....	619, 887	RAYASAL.....	525
PUREVITA SUPER B-		QUIDROXZAR.....	523	RAYOS.....	491
COMPLEX.....	267	QUIHOXAXIA.....	523	REBIF (WITH ALBUMIN)....	506
PUREVITA VITAMIN A.....	301	QUIHOXVAR.....	523	REBIF REBIDOSE.....	506
PUREVITA VITAMIN B1.....	296	QUILLICHEW ER.....	428	REBIF TITRATION PACK...	506
PUREVITA VITAMIN B12....	289	QUILLIVANT XR.....	428, 429	REBINYN.....	263
PUREVITA VITAMIN B2.....	295	<i>quinapril</i>	241	REBYOTA.....	37
PUREVITA VITAMIN B3.....	295	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		RECEDO.....	547
PUREVITA VITAMIN B5.....	295	.....	238	Reclipsen (28).....	191
PUREVITA VITAMIN B6.....	296	<i>quinidine gluconate</i>	229	RECOMBINATE.....	261
PUREVITA VITAMIN C.....	297	<i>quinidine sulfate</i>	229	RECOMBIVAX HB (PF).....	357
PUREVITA VITAMIN D3		<i>quinine sulfate</i>	17	RECONSTITUTE.....	612, 888
.....	268, 269	QUINIXIL.....	549	RECORLEV.....	481
PUREVITA VITAMIN E.....	294	QUINJA.....	527	RECOTHROM.....	246
PURIXAN.....	156	QUINTET AC		RECOTHROM SPRAY KIT.	246
PUSH BUTTON SAFETY		.....	691, 741, 887, 888	RECTIV.....	508
LANCETS.....	691, 887	QUINTET BLOOD		<i>red beet</i>	935
PYLERA.....	54	GLUCOSE METER.....	691, 888	<i>red beet-sour cherry extract</i>	935
<i>pyrazinamide</i>	25	QUINTET GLUCOSE TEST		<i>red yeast rice</i>	935
PYRIDIDIUM.....	942	STRIPS.....	741, 888	<i>red yeast rice extract</i>	935

REFUAH PLUS.....	741, 889	REMYDA.....	579	REVEAL TEST STRIP .	743, 891
REFUAH PLUS GLUCOSE		RENACIDIN.....	943	REVITAFLOr.....	83
CONTROL.....	692, 888	RENAMENT.....	319	REVLIMID.....	175
REFUAH PLUS GLUCOSE		RENEEL.....	363	REVUFORJ.....	150
MONITOR.....	692, 889	RENOVAR.....	519, 769	REXTOVY.....	202
REGENECARE.....	535	RENTHYROID.....	493	REXULTI.....	407
REGENECARE WITH ALOE		REVELA.....	951	REYATAZ.....	31
.....	535	<i>repaglinide</i>	463	REYVOW.....	446
REGLAN.....	42	REPATHA PUSHTRONEX		REZDIFFRA.....	112
REGRANEX.....	513	.....	217, 218	REZLIDHIA.....	160
REGULOID (ASPARTAME) ..	59	REPATHA SURECLICK		REZUROCK.....	141
REGULOID (PSYLLIUM		.....	217, 218	REZVOGLAR KWIKPEN	464
HUSK).....	59	REPATHA SYRINGE ..	217, 218	RHOFADE.....	579
REGULOID (PSYLLIUM		REPEL.....	577	RHOPRESSA.....	982
HUSK-SUCRO).....	59	REPEL SPORTSMEN.....	577	<i>ribavirin</i>	3, 29
REJUVAFLOR.....	83	REPHRESH PRO-B.....	83	<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	295
RELAFEN DS.....	133	REPLENS EXTERNAL		<i>ribose</i>	316
RELAGARD.....	772	COMFORT.....	772	RIDAURA.....	142
RELAX NIGHT CALM.....	440	REPLICARE DRESSING		<i>rifabutin</i>	24, 34
RELCARE.....	339	.....	521, 890	<i>rifampin</i>	24, 34
RELENZA DISKHALER.....	28	REPLICARE THIN.....	521, 890	RIGHTEST CONTROL	
RELEUKO.....	249	REPLICARE ULTRA		SOLUTION HIGH.....	692, 891
RELEXXII.....	429, 430	DRESSING.....	521, 890	RIGHTEST CONTROL	
RELIAMED LANCET ..	692, 889	REPOZEN SLEEP AID	440	SOLUTION NORM.....	692, 891
RELIAMED MINI LANCING		RESISTANCE FORMULA		RIGHTEST GD500	
DEVICE.....	692, 889	PROBIOTIC.....	83	LANCING DEVICE.....	692, 891
RELIAMED SAFETY SEAL		RESPA-AR.....	89	RIGHTEST GL300	
LANCETS.....	692, 889	RESTASIS.....	974	LANCETS.....	692, 891
RELIBIOTIC.....	83	RESTASIS MULTIDOSE.....	974	RIGHTEST GM550	
RELION ALL-IN-ONE		RESTIMO.....	579	SYSTEM.....	692, 891
METER.....	692, 889	RESTORE.....	521, 701, 890	RIGHTEST GS550 TEST	
RELION CONFIRM.....	692, 889	RESTORE CALCIUM		STRIPS.....	743, 891
RELION CONFIRM-MICRO		ALGINATE.....	521	RIGHTEST GT333	
.....	742, 889	RESTORE FUSION RENAL		GLUCOSE METER.....	692, 891
RELION MICRO GLUCOSE		SUPPORT.....	319	RIGHTEST GT333 TEST	
MONITOR.....	692, 889	RESTORE RENAL		STRIP.....	743, 892
RELION PRIME METER		SUPPORT.....	319	RILUTEK.....	777
.....	692, 890	RESTORIL.....	413, 435	<i>riluzole</i>	777
RELION PRIME TEST		RETACRIT.....	250	<i>rimantadine</i>	30
STRIPS.....	742, 890	RETEVMO.....	170	<i>ringer's</i>	336
RELION ULTIMA.....	742, 890	RETIN-A.....	608	RINVOQ.....	40, 139, 522
RELISTOR.....	201	RETIN-A MICRO.....	608	RINVOQ LQ.....	139
RELIZORB.....	644, 890	RETIN-A MICRO PUMP.....	608	RIOMET.....	469
RELPAx.....	451	RETROVIR.....	22	<i>risedronate</i>	482, 483
RELTONE.....	42	REUSABLE NEBULIZER		RISPERDAL.....	375, 419
REMEDIENT.....	333	KIT.....	759, 890	<i>risperidone</i>	375, 419, 420
REMERON.....	398	REVATIO.....	206	RITALIN.....	379, 430
REMERON SOLTAB.....	398	REVCovi.....	199	RITALIN LA.....	430
REMIFEMIN MENOPAUSE	935	REVEAL BLOOD			
REMODULIN.....	204	GLUCOSE METER.....	692, 891		

RITEFLO AEROCHAMBER	RYDAPT	164	SAMI THE SEAL MASK	
..... 759, 892	RYDEX	98	 760, 893	
<i>ritonavir</i>	RYLAZE	173	SAMSCA	228
<i>rivaroxaban</i>	RYNODERM	525	SANADERMRX	549
<i>rivastigmine</i>	RYPLAZIM	264	SANCUSO	55
<i>rivastigmine tartrate</i>	RYTARY	443	SANDIMMUNE	135, 368
RIVELSA	SABAL-HOMACCORD	363	SANDOSTATIN	41, 476
RIVFLOZA	SABRIL	396	SANTYL	550
RIXUBIS	<i>saccharin</i>	294	SAPHRIS	375, 405
<i>rizatriptan</i>	<i>saccharomyces boulardii</i>	83	<i>sapropterin</i>	957
R-NATAL OB	<i>saccharomyces boulardii</i> -		SAROXIA	605
ROAOXIA	<i>yeast</i>	83	SAVAYSA	258
ROBINSON CLEAR VINYL	<i>sacubitril-valsartan</i>	243	SAVELLA	372, 416, 417
CATHETER	SAFESNAP INSULIN		<i>saw palmetto</i>	935
ROBINUL	SYRINGE	658, 892	<i>saw palmetto-zinc picolinate</i>	935
ROBINUL FORTE	SAFESNAP SYRINGE		SAWYER CONTROLLED	
ROCALTROL	 637, 638, 892, 893		RELEASE	577
ROCKLATAN	SAFETY LANCETS	692, 893	<i>saxagliptin</i>	501
<i>roflumilast</i>	<i>safety needles</i>	638, 893	<i>saxagliptin-metformin</i>	503
ROLVEDON	SAFETY PEN NEEDLE		SCALACORT	565
ROMVIMZA	 658, 893		SCALACORT DK	565
<i>ropinirole</i>	SAFETY SEAL LANCETS		SCARCARE	575, 762
Rosadan	 693, 893		SCARCIN PAD PLUS ..	762, 894
ROSADAN	SAFETY-LET LANCETS		SCARCINPAD	762, 894
ROSITARA	 693, 893		SCARHEAL	762, 894
ROSULA	SAFRYCYN	575	SCARSILK	762, 894
ROSULA CLEANSING	SAFYRAL	191	SCARSILK GEL	547
CLOTHS	SAIZEN SAIZENPREP	498	SCARTRATE	547
<i>rosuvastatin</i>	Sajazir	208	SCEMBLIX	164
Rosyras	SALAGEN (PILOCARPINE)	358	<i>schisandra</i>	935
ROSZET	SALICATE	525	<i>scopolamine base</i>	55
ROTARIX	<i>salicylic acid</i>	525	SEBUDERM	574
ROTATEQ VACCINE ..	<i>salicylic acid-ceramides no.1</i>		SECUADO	405
ROVIS	 525		SECURESAFE INSULIN	
ROWASA	SALIMEZ	525	SYRINGE	658, 894
Roweepra	SALIMEZ FORTE	525	SECURESAFE PEN	
Roweepra Xr	SALIVAMAX	359	NEEDLE	658, 894
ROXICODONE	SALOXICIN	935	SEGLENTIS	126
ROXYBOND	<i>salsalate</i>	129	SEGLUROMET	473
ROZEREM	SALVAX	525	SELECT-OB	278
ROZLYTREK	SALVAX DUO PLUS	588	SELECT-OB (FOLIC ACID)	278
RUBBER MOUTHPIECE	SALYCIM	526	SELECT-OB + DHA	278
..... 760, 892	SALYNTRA	526	<i>selegiline hcl</i>	414
RUBRACA	SAMBUCUS ELDERBERRY		<i>selenium</i>	310
RUCONEST	ORIGINAL	935	<i>selenium sulfide</i>	538
<i>rufinamide</i>	SAMBUCUS		<i>selenomethionine</i>	311
RUKOBIA	ELDERBERRY-VITAMIN C.	300	SELF-CATHETER, FEMALE	
RUMILO	SAMBUCUS		 642, 894	
RYALTRIS	HONEYBERRY NIGHT	440	SELZENTRY	33
RYBELSUS	SAMI THE SEAL	760, 893		

SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN).....464	SIL-K.....762, 894 <i>silodosin</i> 942	SLOW FE..... 292 SLOW RELEASE IRON..... 292
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN..... 465	SILTREX.....762, 895	SLOWMAG MUSCLE RECOVERY..... 285
SE-NATAL 19.....279	SILVADENE..... 575	SLYND.....183
SE-NATAL 19 CHEWABLE.279	<i>silver nitrate</i> 537	SMART SENSE LANCETS 693, 895
SENIOR PROBIOTIC..... 83	<i>silver nitrate applicators</i> 588	SMART SENSE MONITORING SYSTEM 693, 895
<i>senna leaf</i> 85	<i>silver sulfadiazine</i> 575	SMART SENSE TEST STRIPS.....744, 895
SENOKOT..... 85	SILVRSTAT..... 537	SMARTDIABETES VANTAGE..... 693, 895
SENOKOT KIDS.....85	SIMBRINZA.....963	SMARTEST CONTROL 693, 895
SENOKOT-CHAMOMILE..... 85	SIMILAC PRENATAL..... 279	SMARTEST EJECT.....693, 895
SENSIPAR..... 479	SIMILAC PROBIOTIC TRI- BLEND.....83	SMARTEST LANCET..693, 895
SEPHIENCE.....957	SIMLANDI(CF)..... 65, 114, 147	SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER..... 693, 896
SEREVENT DISKUS.....104	SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR...65, 114, 147	SMARTEST PERSONA STARTER.....693, 896
SERNIVO..... 566	Simliya (28).....197	SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER..... 693, 896
SEROQUEL.....376, 408	Simpesse.....197	SMARTEST PRONTO STARTER.....693, 896
SEROQUEL XR.....376, 408	SIMPLERA SENSOR.. 693, 895	SMARTEST PROTEGE 693, 896
SEROSTIM.....498	SIMPLERA SYNC SENSOR 693, 895	SMARTEST SMART CODE METER.....693, 896
<i>sertraline</i> 438	SIMPLI PEN NEEDLE.658, 895	SMARTEST TALKING METER.....693, 896
<i>sesame oil</i> 765	SIMPLY SALINE WOUND WASH.....519	SMARTEST TEST.....744, 896
Setlakin.....191	SIMPLYTHICK.....765	SMARTNEB COMPRESSOR NEBULIZER..... 760, 896
<i>sevelamer carbonate</i> 951	SIMPONI65, 114, 115, 147, 148	SMOOTH TEXTURE FIBER. 59
<i>sevelamer hcl</i> 951	SIMPONI ARIA..... 114, 147	SOANZ.....209
SEVENFACT.....263	<i>simvastatin</i> 216	<i>sodium bicarb-sodium chloride</i> 766
<i>sevoflurane</i> 148	SINEMET.....443	<i>sodium chlor 0.9%</i> <i>bacteriostat</i> 303, 305
SEYSARA.....12, 585	SINGLE-LET.....693, 895	<i>sodium chloride</i> 303, 307, 336, 764
SF.....362	SINGULAIR..... 101, 102	<i>sodium chloride 0.45 %</i> 300
SF 5000 PLUS.....362	SINUSTAR NEBULIZER 620, 895	<i>sodium chloride 0.9 %</i> 301, 303, 305
SFROWASA..... 39	SINUVA..... 87, 103	<i>sodium chloride 0.9 %</i> (flush).....305
Sharobel..... 183	<i>sirolimus</i> 369	<i>sodium citrate</i> 261
SHINGRIX (PF)..... 348	SIRTURO..... 16	
SIDESTREAM..... 620, 894	SIRVANA.....605	
SIDESTREAM MASK.. 760, 894	<i>sitagliptin</i> 501	
SIDESTREAM NEBULIZER 620, 894	SIVEXTRO..... 7	
SIDESTREAM PLUS..620, 894	SKIN THERAPY..... 574	
SIGNIFOR..... 477	SKY SAFETY PEN NEEDLE 658, 895	
SIKLOS.....264	SKYCLARYS.....773	
SILADERM..... 762, 894	SKYLA.....196	
SILADONE..... 762, 894	SKYRIZI.....60, 510	
SILASTIC FOLEY CATHETER..... 642, 894	SKYTROFA..... 498	
<i>sildenafil</i> (<i>pulm.hypertension</i>).....206	SLEEP CALM.....440	
SILENOR.....447	SLEEP IMMUNE HEALTH.. 440	
SILICONE MASK.....760, 894	SLEEP SUPPORT (MELATONIN-HERB).....440	
SILICONE MASK - INFANT 760, 894	SLEEP TONITE VALERIAN 926	
SILIGENTLE AG.....522		
SILIQ..... 516		

<i>sodium citrate in 0.9 % nacl</i> 261	SOOTHENEB MESH	<i>spironolactone</i> 227, 240
<i>sodium citrate-citric acid</i> 944	NEBULIZER..... 620, 897	<i>spironolacton-</i>
SODIUM FLUORIDE 5000	SOOTHING NIGHT..... 440	<i>hydrochlorothiaz</i> 227
DRY MOUTH.....362	SOPORDREN..... 440	SPORANOX..... 16
SODIUM FLUORIDE 5000	<i>sorafenib</i> 176	SPRAVATO..... 398
PLUS..... 362	<i>sorbitol</i> 86, 764, 943	SPRAY AND STRETCH.....545
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ... 362	<i>sorbitol-mannitol</i> 943	Sprintec (28)..... 191
<i>sodium oxybate</i> 382	SORILUX.....532	SPRITAM.....434
<i>sodium phenylbutyrate</i> 959	SORIXIA.....605	SPRIX.....133
<i>sodium polystyrene</i>	<i>sotalol</i> 232, 237	SPRYCEL..... 164
<i>sulfonate</i> 320	Sotalol Af..... 232, 237	Sps (With Sorbitol).....320
<i>sodium succinate</i> 765	SOTYKTU.....514	SPS (WITH SORBITOL).....320
<i>sodium,potassium,mag</i>	SOTYLIZE..... 232, 237	Sronyx..... 191
<i>sulfates</i> 63	SOVALDI..... 5	SSD..... 575
SOFDRA.....528	SOVUNA..... 17, 136	SSKI..... 285
SOFIA SARS ANTIGEN FIA	SPACE CHAMBER..... 760, 897	SSS 10-5..... 599
.....619, 896	SPACE CHAMBER WITH	ST JOSEPH ASPIRIN. 129, 257
SOFIA2 FLU-SARS	LARGE MASK..... 760, 897	<i>st. john's wort</i> 924
ANTIGEN FIA..... 619, 896	SPACE CHAMBER WITH	ST. JOSEPH ASPIRIN 129, 257
SOGROYA..... 498	MEDIUM MASK.....760, 897	<i>stavudine</i> 22
SOHONOS..... 773	SPACE CHAMBER WITH	STEGLATRO.....472
<i>solifenacin</i> 946	SMALL MASK.....760, 897	STEGLUJAN..... 480
SOLQUA 100/33.....475	SPECTRACEF..... 25	STELARA..... 39, 511
SOLOSEC..... 19	SPECTRAGEL..... 522, 897	STEQEYMA.....40, 511
SOLOX GEL..... 537	SPECTRAVITE ADULT.....313	STERILANCE TL.....694, 898
SOLTAMOX.....179	SPECTRAVITE ADULT 50	STERILE DROPTAINERS
SOLU-CORTEF ACT-O-	PLUS..... 333	616, 898
VIAL (PF).....491	SPECTRAVITE MEN 50	STIMUFEND.....249
SOLUPAK.....595	PLUS..... 333	STIOLTO RESPIMAT..... 110
SOLUS V2 AUDIBLE	SPECTRAVITE MEN'S..... 334	STIVARGA..... 176
METER..... 694, 896	SPECTRAVITE WOMEN.... 313	STOP SMOKING AID.....365
SOLUS V2 CONTROL	SPECTRAVITE WOMEN 50	STRATACTX..... 522, 898
SOLUTION, LOW..... 694, 897	PLUS..... 334	STRATAGRT.....522, 898
SOLUS V2 CONTROL	SPEEDICATH (FEMALE)	STRATAMARK..... 575
SOLUTION,HIGH..... 694, 897	642, 897	STRATATRIZ..... 575
SOLUS V2 LANCETS. 694, 897	SPEEDYSWAB COVID-19	STRATAXRT..... 522, 898
SOLUS V2 LANCING	AND FLU..... 619, 897	STRATTERA..... 457
DEVICE..... 694, 897	SPEEDYSWAB COVID-19	STRAVIX..... 515
SOLUS V2 TEST STRIPS	HOME TEST.....619, 898	STRENSIQ..... 199
.....744, 897	SPEVIGO..... 514	STRESS B WITH ZINC..... 267
SOLUVITA MULTIVITAMIN	SPIKEVAX 2024-2025(12Y	STRIBILD..... 32
FLUORIDE..... 287	UP)(PF)..... 353	STRIVERDI RESPIMAT..... 89
SOMA.....777	SPIKEVAX 2025-2026(12Y	STROMEKTOL.....2
SOMAVERT..... 471	UP)(PF)..... 353	STRONG IODINE.....285, 769
SONAFINE..... 574	SPIKEVAX 2025-26 (6M-	STUART ONE..... 279
SOOLANTRA..... 579	11Y) (PF)..... 353	SUBOXONE..... 366
SOOTHENEB	<i>spinosad</i> 512	Subvenite.....388
COMPRESSOR	SPIRIVA RESPIMAT..... 92	Subvenite Starter (Blue) Kit
NEBULIZER..... 760, 897	SPIRIVA WITH	378, 388
	HANDIHALER..... 92	

Subvenite Starter (Green) Kit..... 378, 388	SUPERIOR WOMEN'S MULTI..... 334	SYMAX-SL..... 50, 947
Subvenite Starter (Orange) Kit..... 378, 388	SUPLENA CARB STEADY . 319	SYMAX-SR..... 50, 947
SUCRAID..... 51	SUPRANE..... 148	SYMBICORT..... 111
<i>sucralfate</i> 86	SUPRAX..... 25	SYMBRAVO..... 370
SUFLAVE..... 63	SUPREP BOWEL PREP KIT 63	SYMDEKO..... 103
SULAR..... 223	SURE COMFORT INS.	SYMFI..... 32
<i>sulconazole</i> 588	SYR. U-100..... 658, 898	SYMFI LO..... 32
<i>sulfacetamide sodium</i> .. 538, 983	SURE COMFORT INSULIN	SYMLINPEN 120..... 474
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 591	SYRINGE..... 658, 659, 898	SYMLINPEN 60..... 474
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i> 599, 600	SURE COMFORT	SYMPAZAN..... 413, 415
<i>sulfacetamide sod-sulfur-</i> <i>urea</i> 579, 600	LANCETS..... 694, 898	SYMPROIC..... 201
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .. 976	SURE COMFORT LANCING	SYMTUZA..... 19
SULFACLEANSE 8-4..... 600	PEN..... 694, 898	SYNALAR..... 566
<i>sulfadiazine</i> 7	SURE COMFORT PEN	SYNALAR CREAM KIT 549
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim</i> 4	NEEDLE..... 659, 899	SYNALAR OINTMENT KIT . 549
SULFAMYLON..... 575	SURE COMFORT SAFETY	SYNALAR TS..... 515
<i>sulfasalazine</i> 39, 141	PEN NEEDLE..... 659, 899	SYNAREL..... 498
SULFATRIM..... 5	SURE RESULT DSS	SYNDROS..... 44, 384, 955
<i>sulindac</i> 133	PREMIUM PACK..... 592	SYNJARDY..... 473
SUMADAN..... 600	SUREBIOTIC..... 83	SYNJARDY XR..... 473
SUMADAN XLT 579, 600	SURE-FINE PEN NEEDLES	SYNOJOYNT..... 778
<i>sumatriptan</i> 452	 659, 899	SYNOVX CALM..... 926
<i>sumatriptan succinate</i> 452	SUREFLEX DEVICE WITH	SYNOVX DJD..... 926
<i>sumatriptan-naproxen</i> 450	LANCETS..... 694, 899	SYNOVX RECOVERY 926
SUMAXIN..... 600	SUREFLEX LANCING	SYNOVX RELIEF 936
SUMAXIN CP 600	DEVICE..... 694, 899	SYNTERMA PLUS..... 595
<i>sunitinib malate</i> 164	SURE-JECT INSULIN	SYNTHROID..... 495
SUNLENCA..... 1	SYRINGE..... 659, 899	SYNVISC..... 778
SUNOSI..... 379	SURE-LANCE..... 694, 899	SYNVISC-ONE..... 779
SUNRISE COMPRESSOR-	SURE-LANCE ULTRA THIN	SYPRINE..... 200
NEBULIZER..... 760, 898	 694, 899	<i>syringe (disposable)</i> 639, 901
SUPARTZ FX..... 778	SURE-PEN LANCING	SYRINGE 3CC/20GX1"
SUPER B-50 COMPLEX..... 267	DEVICE..... 694, 899	 639, 901
SUPER ENERGY HERBAL	SURE-TEST EASYPLUS	SYRINGE 3CC/21GX1"
COMPLEX..... 935	MINI..... 694, 745, 900	 639, 901
SUPER THIN LANCETS	SURE-TEST EASYPLUS	SYRINGE 3CC/21GX1-1/2"
..... 694, 898	MINI METER..... 694, 899	 639, 901
SUPERIOR JOINT	SURE-TOUCH LANCET	SYRINGE 3CC/22GX1"
SUPPORT..... 926	 694, 900	 639, 901
SUPERIOR MEN'S MULTI.. 334	SURGIFOAM..... 246	SYRINGE 3CC/22GX3/4"
SUPERIOR OMEGA3 WITH	SURGUARD2 SAFETY	 639, 901
VIT D..... 231	 638, 900, 901	SYRINGE 3CC/25GX1"
SUPERIOR PROBIOTIC..... 83	SURVANTA..... 106	 639, 901
SUPERIOR SLEEP..... 440	SUTAB..... 64	SYRINGE AVITENE..... 246
	SUTENT..... 165	<i>syringe with needle</i> 639, 901
	SWEET OIL..... 763, 765, 766	SYRINGE WITHOUT
	Syeda..... 191	NEEDLE..... 639, 901
	SYMAX DUOTAB..... 50, 947	SYZYGIUM COMPOSITUM 363
	SYMAX FASTABS..... 50, 947	SZOSIL..... 762, 901

T.E.D. ANTI-EMBOLISM STOCKING.....612, 704, 902	TANDEM MOBI AUTOSOFT30 14PK 23.....751, 902	TD GOLD LEVEL 1 CONTROL.....694, 903
T.E.D. KNEE LENGTH-M-LONG.....704, 902	TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 23.....751, 902	TD GOLD LEVEL 2 CONTROL.....695, 903
T.E.D. KNEE LENGTH-S-REGULAR.....704, 902	TANDEM MOBI AUTOSOFTXC 14PK 5".....751, 902	TECFIDERA.....507
T.R.U.E. TEST ALLERGEN 352	TANDEM MOBI SYSTEM.....702, 902	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....660, 903
T:FLEX.....612, 902	TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23".....751, 902	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....660, 903
T:SLIM X2.....613, 902	TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK10 23".....751, 903	TECHLITE LANCETS..695, 903
T:SLIM X2 BASAL-IQ INSULIN PMP.....702, 902	TANDEM T:SLIM ASFT 30 PK14 23".....751, 903	TECHLITE PEN NEEDLE.....660, 903
T:SLIM X2 CONTROL-IQ.....702, 902	TANDEM T:SLIM ASFT XC PK10 23".....751, 903	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....660, 904
TAB-A-VITE.....313	TANDEM T:SLIM ASFT XC PK14 23".....751, 903	TECHNA NAT UNSWT TROCHE BASEG2.....763, 766
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON.....313, 334	TANDEM T:SLIM TRUSTL PK10 23".....752, 903	TECNU.....584
TABLOID.....156	Tanlor.....777	TEGLUTIK.....777
TABRECTA.....165	Taperdex.....491	TEGRETOL.....378, 391
TACLONEX.....586	TAPERDEX.....491	TEGRETOL XR.....378, 391
<i>tacrolimus</i> 368, 570	TARCEVA.....174	TEKTURNA.....235
<i>tadalafil</i> 459, 953	TARDEOXIA.....603	TELCARE CONTROL..695, 904
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> 206	TARDIMAXIA.....605	TELCARE LANCETS..695, 904
TADLIQ.....206	Targadox.....12	TELCARE TEST STRIPS.....745, 904
TAFINLAR.....166	TARGRETIN.....176, 533	TELIOA.....546
<i>tafluprost (pf)</i> 981	Tarina 24 Fe.....191	<i>telmisartan</i> 211
TAGRISSE.....174	Tarina Fe 1/20 (28).....191	<i>telmisartan-amlodipine</i> 235
TAKE ACTION.....180, 182	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....192	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> 225
TAKHZYRO.....240	TARON-C DHA.....334	<i>temazepam</i> 413, 435
TALICIA.....56	TARON-PREX PRENATAL-DHA.....279, 313	TEMBEXA.....3
TALTZ AUTOINJECTOR.....516	TAROXIA.....605	<i>temozolomide</i> 154
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK).....516	TARPEYO.....491	TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE.....695, 904
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK).....516	TASCENSO ODT.....506	TEMPO SMART BUTTON.....613, 904
TALTZ SYRINGE.....516	TASIGNA.....165	TEMPO WELCOME KIT.....695, 904
TALZENNA.....161	<i>tasimelteon</i> 439	Tencon.....142
TAMIFLU.....28	TASMAR.....409	TENIVAC (PF).....347
<i>tamoxifen</i> 179	<i>tavaborole</i> 574	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> 21, 35
<i>tamsulosin</i> 942	TAVALISSE.....264	TENORETIC 100.....220
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KT 23".....751, 902	TAVNEOS.....134	TENORETIC 50.....220
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5".....751, 902	TAYTULLA.....192	TENORMIN.....226
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KT 23".....751, 902	<i>tazarotene</i> 532, 577, 608	TENS 502.....613, 904
	TAZORAC.....532	TENS 504.....613, 904
	TAZVERIK.....169	

TENSCARE ITOUCH SURE 613, 904	THERAPEUTIC-M..... 334	<i>tinidazole</i> 19
TEPMETKO..... 165	THERA-VITE MAX-M..... 334	<i>tiopronin</i> 943
<i>terazosin</i> 242	THEREMS MULTIVITAMIN..... 314	<i>tiotropium bromide</i> 93
<i>terbinafine hcl</i> 16	<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> 296	TIROSINT..... 495
<i>terbutaline</i> 106	<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i> 296	TIROSINT-SOL..... 495
<i>terconazole</i> 771	THICK AND EASY..... 765	TISSEEL VHSD (APROTININ, SYN)..... 524
<i>teriflunomide</i> 505	THIN LANCETS..... 695, 906	TIVICAY..... 23
<i>teriparatide</i> 461	THINPRO INSULIN	TIVICAY PD..... 23
Terrell..... 148	SYRINGE..... 660, 661, 906	<i>tizanidine</i> 777
TERSI FOAM..... 538	THIOLA..... 943	TLANDO..... 471
TERUMO ALLERGY	THIOLA EC..... 943	TM-VITE RX..... 267
SYRINGE..... 639, 904	<i>thioridazine</i> 385	TOBI..... 102
TERUMO HYPODERMIC	<i>thiothixene</i> 409	TOBI PODHALER..... 102
NEEDLE/SYRIN..... 639, 905	THRESHOLD IMT TRAINER 760, 906	TOBRADEX..... 976
TERUMO INSULIN	THRESHOLD PEP DEVICE 760, 906	TOBRADEX ST..... 977
SYRINGE..... 660, 905	THRIVITE RX..... 279	<i>tobramycin</i> 102, 961
TERUMO SYRINGE.... 639, 905	THROMBI-GEL..... 246	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> . 102
TEST N'GO BLOOD	THROMBIN-JMI..... 246, 247	<i>tobramycin with nebulizer</i> 102
GLUCOSE SYSTEM... 695, 905	THROMBI-PAD..... 247	<i>tobramycin-dexamethasone</i> 977
TEST N'GO TEST..... 745, 905	THYQUIDITY..... 495	<i>tobramycin-vancomycin</i> 961, 963, 965
TESTIM..... 470	<i>thyroid (pork)</i> 494	TOBREX..... 962
TESTOPLEX PLUS..... 936	Tiadylt Er..... 222	TOLAK..... 582
<i>testosterone</i> 470, 471	<i>tiagabine</i> 404	<i>tolcapone</i> 409
<i>testosterone cypionate</i> 470	TIAZAC..... 222	<i>tolmetin</i> 133
<i>testosterone enanthate</i> 470	TIBSOVO..... 160	TOLSURA..... 16
TETOXIA..... 546	<i>ticagrelor</i> 255	<i>tolterodine</i> 947, 948
<i>tetrabenazine</i> 448, 456	TICANASE..... 101	<i>tolvaptan</i> 228
<i>tetracaine hcl</i> 979	TIGLUTIK..... 777	<i>tolvaptan (polycys kidney</i> <i>dis)</i> 951
<i>tetracaine hcl (pf)</i> 979	TIKOSYN..... 210	TOOMEY SYRINGE.... 640, 906
<i>tetracycline</i> 12, 13	Tilia Fe..... 194	TOPAMAX..... 392
Texacort..... 566	<i>timol-brimon-dorzol-</i> <i>bimato(pf)</i> 975	TOPCARE CLICKFINE661, 906
TEZRULY..... 242	<i>timolol</i> 968	TOPCARE ULTRA
TEZSPIRE..... 96	<i>timolol maleate</i> 237, 968	COMFORT..... 661, 906
THALITONE..... 228	<i>timolol maleate (pf)</i> 968	TOPCARE UNIVERSAL1
THALOMID..... 29, 175	<i>timolol-bimatoprost</i> 978	LANCET..... 695, 906
THEO-24..... 109	<i>timolol-brimon-dorzol-</i> <i>bimatop</i> 975	Topicort..... 566
<i>theophylline</i> 109	<i>timolol-brimonidi-</i> <i>dorzolam(pf)</i> 975	TOPICORT..... 566, 567
THERABREATH..... 358	<i>timolol-brimonidine-</i> <i>dorzolamid</i> 975	<i>topiramate</i> 392, 393
THERABREATH DRY	<i>timolol-dorzolam-</i> <i>bimatopro(pf)</i> 975	TOPROL XL..... 226
MOUTH..... 358	<i>timolol-dorzolamide-</i> <i>bimatopros</i> 975	<i>toremifene</i> 179
TERAHONEY..... 522, 905	TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 968	TORONOVA II SUIK..... 133
THERA-M..... 334		TORONOVA SUIK..... 133
THERANATAL..... 279		Torpenz..... 167
THERANATAL COMPLETE 279		<i>torsemide</i> 209
THERANATAL ONE..... 279		TOSYMRA..... 452
THERANATAL OVAVITE.... 299		TOTALVISC..... 969
THERANATAL PLUS..... 279		TOUCH-TROL..... 642, 906
THERAPEUTIC		
MOISTURIZING CREAM.... 574		

TOUJEO MAX U-300	TRIASIL.....567	TROJAN ULTRA RIBBED
SOLOSTAR.....465	<i>triazolam</i> 413, 435	CONDOM.....614, 907
TOUJEO SOLOSTAR U-300	TRIBENZOR.....221	TROKENDI XR.....393, 394
INSULIN.....465	TRICARE.....279	<i>tropicamide</i> 970
Tovet Emollient.....567	TRI-CHLOR.....526	<i>trospium</i> 948
TOVET KIT.....549	<i>trichloroacetic acid</i> 526	TRUBIOTICS.....84
TOVIAZ.....948	TRICITRATES.....944	TRUBIOTICS BABY.....83
TPOXX (NATIONAL	TRICOR.....219	TRUBIOTICS GUMMY.....83
STOCKPILE).....3	Triderm.....567	TRUBIOTICS KIDS
TRACLEER.....233	<i>trientine</i> 200	CHEWABLE.....84
TRADJENTA.....501	Tri-Estarylla.....194	TRUBIOTICS KIDS GUMMY.....84
<i>tramadol</i> 121, 122	TRIFERIC.....292	TRUDHESA.....454
<i>tramadol-acetaminophen</i>	<i>trifluoperazine</i> 385	TRUE COMFORT INSULIN
.....126, 138	<i>trifluridine</i> 963	SYRINGE.....661, 907
<i>trandolapril</i> 241	<i>trihexyphenidyl</i> 447	TRUE COMFORT LANCET
<i>trandolapril-verapamil</i> 237	TRIJARDY XR.....496	695, 907
<i>tranexamic acid</i> 255	TRIKAFTA.....103	TRUE COMFORT PEN
TRANSDERM-SCOP.....55	Tri-Legest Fe.....194	NEEDLE.....661, 907
<i>tranylcypromine</i> 421	TRILEPTAL.....391	TRUE COMFORT PRO INS
TRANZAREL.....535	Tri-Linyah.....194	SYRINGE.....661, 662, 907
TRAVATAN Z.....981	TRILOAN II SUIK.....491	TRUE COMFORT SAFE
<i>travoprost</i> 981	TRILOAN SUIK.....491	INSULIN SYRG.....662, 907
<i>trazodone</i> 398	Tri-Lo-Estarylla.....194	TRUE COMFORT SAFETY
TRECTOR.....25	Tri-Lo-Marzia.....194	PEN NEEDLE.....662, 908
TRELEGY ELLIPTA.....96	Tri-Lo-Mili.....194	TRUE COVER CONDOM
TREMFYA.....61, 510	Tri-Lo-Sprintec.....194	614, 908
TREMFYA ONE-PRESS	TRI-LUMA.....544	TRUE METRIX AIR
.....60, 510	TRILURON.....779	GLUCOSE METER.....695, 908
TREMFYA PEN.....60, 510	<i>trimethobenzamide</i> 42	TRUE METRIX GLUCOSE
TREMFYA PEN	<i>trimethoprim</i> 5	METER.....695, 908
INDUCTION PK-CROHN.....60	Tri-Mili.....194	TRUE METRIX GLUCOSE
<i>treprostinil sodium</i> 205	<i>trimipramine</i> 418	TEST STRIP.....746, 908
TRESIBA FLEXTOUCH U-	TRIMO-SAN JELLY.....772	TRUE METRIX GO
100.....465	TRINATAL RX 1.....280	GLUCOSE METER.....695, 908
TRESIBA FLEXTOUCH U-	TRINATE.....280	TRUE METRIX LEVEL 1
200.....465	TRINTELLIX.....438	695, 908
TRESIBA U-100 INSULIN...465	TRIONEX.....532	TRUE METRIX LEVEL 2
TRESNI.....130	TRIPLE OMEGA 3-6-9.....232	695, 908
<i>tretinoin</i> 609	Tri-Sprintec (28).....194	TRUE METRIX LEVEL 3
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> 168	TRISTART DHA.....280	696, 908
<i>tretinoin microspheres</i> 608, 609	TRIUMEQ.....20	TRUE2GO BLOOD
TRETTEN.....263	TRIUMEQ PD.....20	GLUCOSE SYSTEM...696, 908
TREXALL.....146, 154	TRIVIA COMPLETE.....314	TRUEDRAW LANCING
<i>triacetin</i> 537	TRIVISC.....779	DEVICE.....696, 909
<i>triamcinolone acetonide</i>	TRI-VITAMIN (A-D-FOL)-	TRUEPLUS INSULIN..662, 909
.....358, 491, 567	FLUORIDE.....288	TRUEPLUS KETONE..748, 909
<i>triamterene</i> 219	Trivora (28).....194	TRUEPLUS LANCETS.....696, 909
<i>triamterene-</i>	Tri-Vylibra.....195	TRUEPLUS PEN NEEDLE
<i>hydrochlorothiazid</i> 227	Tri-Vylibra Lo.....194	662, 909
Trianex.....567		

TRUERESULT BLOOD	<i>turmeric-ginger-black pepper</i>	ULTICARE PEN NEEDLE
GLUCOSE SYSTM.....696, 909	936	663, 911
TRUETEST TEST STRIPS	<i>turmeric-turmeric ext-pepper</i>	ULTICARE SAFETY PEN
.....746, 909	936	NEEDLE.....663, 912
TRUETRACK BLOOD	<i>turmeric-turmeric root extract</i>	ULTICARE SAFETY
GLUCOSE SYSTEM... 696, 909	936	SYRINGE..... 640, 912
TRUETRACK SMART	Turqoz (28).....192	ULTICARE TB SAFETY
SYSTEM.....696, 910	TUXARIN ER.....105	SYRINGE..... 640, 912
TRUETRACK TEST 746, 910	TWIIST REFILL KT(CSST-	ULTIGUARD SAFEPAK-
TRULANCE.....42, 56	NDL-SYR).....700, 911	INSULIN SYR.....663, 912
TRULICITY.....475	TWIIST RFL(INFUS-CSST-	ULTIGUARD SAFEPAK-
TRUMENBA.....351	NDL-SYR).....700, 911	PEN NEEDLE.....664, 913
TRUQAP.....149	TWIIST STARTER KIT 700, 911	ULTI-LANCE.....696, 913
TRUSKIN.....515	TWINRIX (PF).....345	ULTILET BASIC LANCETS
TRUSTEEL INFUSION SET	TWIRLA.....195	696, 913
23".....752, 910	TWIST LANCETS.....696, 911	ULTILET CLASSIC
TRUSTEEL INFUSION SET	TWYNEO.....605	LANCETS.....696, 913
32".....752, 910	TYBLUME.....192	ULTILET INSULIN
TRUSTEX LATEX	TYBOST.....960	SYRINGE.....664, 913
CONDOM.....615, 910	Tydemy.....192	ULTILET LANCETS.....696, 913
TRUSTEX LUBRICATED	TYENNE.....140	ULTILET PEN NEEDLE
CONDOMS.....615, 910	TYENNE AUTOINJECTOR.140	664, 913
TRUSTEX NON-LUB	TYKERB.....175	ULTILET SAFETY
CONDOMS.....615, 910	TYMLOS.....461	LANCETS.....696, 913
TRUSTEX-RIA	TYREX-2.....317	ULTIMA MONITOR.....696, 913
LUB/SPERMICIDE.....615, 910	TYRVAYA.....106	ULTIMA TEST STRIPS
TRUSTEX-RIA	TYVASO.....205	747, 914
LUBRICATED CONDOMS	TYVASO DPI.....205	ULTRA B-100 COMPLEX
.....615, 910	TYVASO INSTITUTIONAL	(FOODBASE).....267
TRUSTEX-RIA NON-LUB	START KIT.....205	ULTRA BONEUP.....284
CONDOMS.....615, 910	TYVASO REFILL KIT.....205	ULTRA CMFT INS SYR
TRUVADA.....21	TYVASO STARTER KIT.....205	(HALF UNIT).....664, 914
TRUZONE PEAK FLOW	UBRELVY.....446	ULTRA COMFORT INSULIN
METER.....705, 910	UCERIS.....68	SYRINGE.....664, 665, 914
TRYNGOLZA.....203, 217	UDENYCA.....250	ULTRA FLO INSUL
TRYPTYR.....961	UDENYCA	SYR(HALF UNIT).....665, 914
TRYVIO.....203	AUTOINJECTOR.....249	ULTRA FLO INSULIN
TUBERCULIN SYRINGE	UDENYCA ONBODY.....249	SYRINGE.....665, 915
.....640, 911	ULESFIA.....512	ULTRA FLO PEN NEEDLE
<i>tuberculin-allergy syringes</i>	ULORIC.....937	665, 915
.....640, 911	ULTANE.....148	ULTRA MOISTURE.....574
TUDORZA PRESSAIR.....93	ULTICARE.....640, 663, 912	ULTRA PRENATAL PLUS
TUKYSA.....169	ULTICARE INSULIN	DHA.....280
Tulana.....183	SYRINGE.....662, 663, 911	ULTRA THIN II LANCETS
TULIVITE.....294	ULTICARE INSULN	696, 915
TURALIO.....165	SYR(HALF UNIT).....663, 911	ULTRA THIN LANCETS
<i>turmeric root extract</i> 936	ULTICARE LOW DEAD	696, 915
<i>turmeric root ext-sour cherry</i> 936	SPACE SYRING.....640, 911	ULTRA THIN PEN NEEDLE
<i>turmeric root-ginger root ext</i> 936		665, 915

ULTRA THIN PLUS	UNIFINE SAFECONTROL	UP4 PROBIOTICS MEN'S 84
LANCETS..... 696, 915	PEN NEEDLE..... 667, 918	UP4 PROBIOTICS PLUS
ULTRA TLC LANCETS..... 696, 915	UNIFINE ULTRA PEN	PREBIOTIC..... 84
ULTRACARE INSULIN	NEEDLE..... 668, 919	UP4 PROBIOTICS ULTRA.... 84
SYRINGE..... 665, 915	UNILET COMFORTOUCH	UP4 PROBIOTICS
ULTRA-CARE LANCETS	LANCET..... 697, 919	WOMEN'S..... 84
..... 697, 915	UNILET GP LANCET.. 697, 919	UP4 PROBIOTICS-
ULTRACARE PEN NEEDLE	UNILET LANCET..... 697, 919	PREBIOTICS KIDS..... 84
..... 666, 915	UNILET LANCETS..... 697, 919	UPNEEQ (PF)..... 982
ULTRA-FINE INS SYR	UNILET SUPER THIN	UPTRAVI..... 206
(HALF UNIT)..... 666, 916	LANCETS..... 697, 919	URAMAXIN..... 526
ULTRA-FINE INSULIN	UNISOM SIMPLE	URAMAXIN GT..... 526, 549
SYRINGE..... 666, 916	SLUMBERS..... 440	<i>urea</i> 526, 550
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	UNISPEND ANHYDROUS	UREA NAIL STICK..... 526
..... 666, 916	SWEET..... 764	UREAPRO..... 225
ULTRAFOAM..... 247	UNISTIK 2 DEVICE.... 697, 919	URELLE..... 36, 948
ULTRALANCE LANCETS	UNISTIK 2 EXTRA LANCET	URETRON D-S..... 36, 949
..... 697, 916	 697, 919	URIBEL TABS..... 36, 949
ULTRASAL-ER..... 526	UNISTIK 2 NORMAL	URIMAR-T..... 36, 949
ULTRA-THIN II (SHORT)	LANCET..... 697, 919	URNEVA..... 36, 949
INS SYR..... 666, 916	UNISTIK 3 COMFORT	UROCIT-K 10..... 944
ULTRA-THIN II (SHORT)	LANCET..... 697, 919	UROCIT-K 15..... 944
PEN NDL..... 667, 916	UNISTIK 3 EXTRA LANCET	UROGESIC-BLUE..... 36, 948
ULTRA-THIN II INS PEN	 697, 919	URO-MP..... 36, 949
NEEDLES..... 667, 916	UNISTIK 3 GENTLE.... 697, 919	UROQID-ACID NO.2.... 37, 945
ULTRA-THIN II INSULIN	UNISTIK 3 NORMAL	URO-SP..... 37, 949
SYRINGE..... 667, 917	LANCET..... 697, 919	UROXATRAL..... 942
ULTRA-THIN II LANCETS	UNISTIK COMFORT	URSO FORTE..... 42
..... 697, 917	LANCETS..... 697, 919	<i>ursodiol</i> 42
ULTRATRAK..... 747, 917	UNISTIK CZT LANCET	URL..... 37, 948
ULTRATRAK GLUCOSE	 698, 919	VAFSEO..... 244
METER..... 697, 917	UNISTIK EXTRA LANCETS	VAGIFEM..... 771
ULTRATRAK HIGH-LOW	 698, 919	VAGINAL
CONTROL..... 697, 917	UNISTIK NORMAL	CONTRACEPTIVE FILM.... 198
ULTRATRAK NORMAL	LANCETS..... 698, 919	<i>valacyclovir</i> 15
CONTROL..... 697, 917	UNISTIK PRO LANCET	VALCHLOR..... 512
ULTRATRAK ULTIMATE	 698, 919	VALCYTE..... 1
..... 697, 747, 917, 918	UNISTIK SAFETY..... 698, 919	<i>valerian</i> 936
ULTRAVATE..... 532, 568	UNISTIK TOUCH LANCETS	<i>valerian root</i> 936
UNIFINE OTC PEN	 698, 919	<i>valganciclovir</i> 1
NEEDLE..... 667, 918	UNISTRIP LOW CONTROL	VALINE 1000..... 270
UNIFINE PENTIPS..... 667, 918	 698, 919	VALINE AMINO ACID
UNIFINE PENTIPS	UNISTRIP1 TEST STRIP	SUPPLEMENT..... 270
MAXFLOW..... 667, 918	 748, 920	VALIUM..... 413, 436
UNIFINE PENTIPS PLUS	UNITHROID..... 495	<i>valproic acid</i> 378, 401
..... 667, 918	UNIVERSAL 1 LANCETS	<i>valproic acid (as sodium</i>
UNIFINE PENTIPS PLUS	 698, 920	<i>salt)</i> 378, 401
MAXFLOW..... 667, 918	UNZDOMDIOXIAZAR..... 603	<i>valsartan</i> 211, 212
UNIFINE PROTECT.... 667, 918	UP4 PROBIOTICS KIDS	<i>valsartan-</i>
	CUBES..... 84	<i>hydrochlorothiazide</i> 225

VALTOCO.....	413, 415	VECTICAL.....	532	V-GO 40.....	700, 922
VALTREX.....	15	VEGETARIAN BONEUP	284	VIBERZI.....	41, 59
Valtya.....	192	VEKLURY.....	34	VIBRANT.....	613, 922
Vanadom.....	777	Velivet Triphasic Regimen		VIBRANT STARTER KIT	
VANCOCIN.....	28	(28).....	195	.....	613, 922
<i>vancomycin</i>	28	VELPHORO.....	951, 952	VICTOZA 2-PAK.....	475
VANDAZOLE.....	772	VELSIPITY.....	61	VICTOZA 3-PAK.....	475
VANFLYTA.....	167	VELTASSA.....	320	VIEKIRA PAK.....	5
VANISHPOINT INSULIN		VEMLIDY.....	35	Vienna.....	192
SYRINGE.....	668, 920	VENCLEXTA.....	159	<i>vigabatrin</i>	396
VANISHPOINT SYRINGE		VENCLEXTA STARTING		Vigadrone.....	396
.....	640, 641, 668, 920, 921	PACK.....	159	VIGAFYDE.....	396
VANISHPOINT		VENELEX.....	517	VIGAMOX.....	962
TUBERCULIN SYRINGE		<i>venlafaxine</i>	417	Vigpoder.....	396
.....	641, 921	<i>venlafaxine besylate</i>	417	VIIBRYD.....	397
VANOS.....	568	VENNGEL II.....	529	VIJOICE.....	958
VANOXIDE-HC.....	603	VENNGEL ONE.....	529	<i>vilazodone</i>	397
VANRAFIA.....	203	VENTAVIS.....	205	VIMPAT.....	386
VAPRO PLUS INTERMITT		VENTOLIN HFA.....	105	VIOKACE.....	67
CATHETER.....	642, 921	Venxxiva.....	943	Viorele (28).....	197
VAQTA (PF).....	353	VEOZAH.....	460	VIOS AEROSOL DELIVERY	
VARDIMAXIA.....	605	<i>verapamil</i>	223, 226	SYSTEM.....	760, 922
<i>varenicline tartrate</i>	367	VERDESO.....	568	VIRACEPT.....	31
VARISOFT INFUSION SET		VEREGEN.....	570	VIRAGRAPHIS.....	936
23".....	752, 921	VERIFINE INSULIN		VIRASAL.....	526
VARISOFT INFUSION SET		SYRINGE.....	668, 921	VIRAZOLE.....	3
32".....	752, 921	VERIFINE PEN NEEDLE		VIREAD.....	21, 35
VARISOFT INFUSION SET		.....	668, 921	VISCO-3.....	779
43".....	752, 921	VERIFINE PLUS PEN		VISION HEALTH.....	929
VARITHENA		NEEDLE.....	668, 922	VISION OPTIMIZER....	334, 929
ADMINISTRATION PACK		VERIFINE PLUS PEN		VISTA ADVANCED	
.....	643, 921	NEEDLE-SHARP	668, 922	AREDS2.....	334, 929
VARIVAX (PF).....	343, 349	VERIFINE SAFETY		VISTA MEIBO EYELID	
VAROPHEN		LANCET MINI.....	698, 922	CLEANSING.....	583
(DICLOFENAC).....	593	VERIFINE UNIVERSAL		VISTASEAL-FIBRIN	
VAROXIA.....	605	LANCET.....	698, 922	SEALANT.....	253
VARUBI.....	43	Veripred 20.....	491	VISTOGARD.....	172
VASCEPA.....	217	VERKAZIA.....	975	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i>	286
VASELINE WHITE		VERQUVO.....	209	<i>vit b comp-folic-choline-inosi</i>	267
PETROLEUM.....	576	VERSACLOZ.....	406	<i>vit c-echinacea purpurea xt.</i>	936
VASERETIC.....	238	VERTIGOHEEL.....	363	VITABEX IRON.....	294
VASHE.....	519	VERZENIO.....	172	VITAFOL FE PLUS.....	280
VASOTEC.....	241	VESICARE.....	946	VITAFOL FE+ (WITH	
VAXCHORA VACCINE.....	343, 344	VESICARE LS.....	946	DOCUSATE).....	280
VAXNEUVANCE (PF).....	344	Vectura (28).....	192	VITAFOL GUMMIES.....	299
VCF CONTRACEPTIVE		VEVEN.....	570	VITAFOL ULTRA.....	280
FILM.....	198	VEVYE.....	975	VITAFOL-OB.....	280
VCF CONTRACEPTIVE		VFEND.....	16	VITAFOL-OB+DHA.....	280
GEL.....	198	V-GO 20.....	700, 922	VITAFOL-ONE.....	280
VECAMYL.....	223	V-GO 30.....	700, 922	VITAFUSION PRENATAL...	335

VITAJEY ADULT MULTI.....	335	VIVONEE PEDIATRIC.....	319	WELCHOL.....	210
VITAJEY BIOTIN.....	301	VIVOTIF.....	343, 344	WELERIS.....	549
VITAJEY DAILY C.....	297	VIZIMPRO.....	172	WELIREG.....	170
VITAL AF 1.2 CAL.....	319	VIZZ.....	983	WELLBUTRIN SR.....	400
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL....	319	VOGELXO.....	471	WELLBUTRIN XL.....	400
VITALVASC.....	936	Volnea (28).....	197	WELLFOLA.....	335
VITAMEDMD ONE RX.....	280	VONJO.....	168	WELLPRO-31.....	84
<i>vitamin a</i>	301	VONVENDI.....	253	Wera (28).....	192
<i>vitamin a palmitate</i>	301	VOQUEZNA.....	37	WESCAP-C DHA.....	335
<i>vitamin b complex</i>	339	VOQUEZNA DUAL PAK.....	60	WESCAP-PN DHA.....	314
VITAMIN B COMPLEX-		VOQUEZNA TRIPLE PAK....	60	WESCAPS.....	267
ELECTROLYTES.....	267	VORANIGO.....	151	WESNATAL DHA	
<i>vitamin b12-folic acid</i>	337	<i>voriconazole</i>	16	COMPLETE.....	281
VITAMIN C FIZZY DRINK...	300	VORTEX HOLDING		WESNATE DHA.....	281
VITAMIN C WITH ROSE		CHAMBER.....	760, 923	WES-PHOS 250 NEUTRAL	
HIPS.....	297	VORTEX VHC PEDIATRIC		.....	314, 945
Vitamin D2.....	269	MASK.....	761, 923	WESTAB MAX.....	337, 339
<i>vitamin d2-vitamin k1</i>	338	VOSEVI.....	29	WESTAB ONE.....	337, 339
<i>vitamin d3-vitamin k2</i>	338	VOTRIENT.....	165	WESTAB PLUS.....	281
<i>vitamin e (dl, acetate)</i> ..	294, 550	VOWST.....	37	WESTGEL DHA.....	281
<i>vitamin e acetate (bulk)</i> 294,	766	VOXZOGO.....	479	WHYTEDEEM SURGIPAK.	517
<i>vitamin e-safflower oil</i>	574	VOYDEYA.....	244, 262	WHYTEDEEM TDKAK.....	549
<i>vitamin e-vitamins a and d</i> ...	574	VP-CH-PNV.....	281	WHYTEDEEM TRILASIL	
VITAMIN K.....	336	VRAYLAR.....	376, 458	PAK.....	549
Vitamin K1.....	336	VTAMA.....	533	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>vitamin k2</i>	336	VUITY.....	983	60.....	615, 923
<i>vitamin k2 (mk-4)</i>	336	VUMERITY.....	507	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VITRAKVI.....	158	VUSION.....	588	65.....	615, 923
VITREXYL.....	335	VYALEV.....	444	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VITREXYL PLUS IRON.....	335	Vyfemla (28).....	192	70.....	615, 923
VITRON-C.....	294	VYKAT XR.....	954	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		Vylibra.....	192	75.....	615, 923
SOLN-L1,2,3.....	698, 922	VYNDAMAX.....	460	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		VYNDAREL.....	460	80.....	616, 924
SOLN-L1,L3.....	698, 922	VYTONE.....	536	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO CTRL		VYTORIN 10-10.....	234	85.....	616, 924
SOLN-L2.....	698, 922	VYTORIN 10-20.....	234	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO		VYTORIN 10-40.....	234	90.....	616, 924
GLUCOSE METER.....	698, 923	VYTORIN 10-80.....	234	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VIVAGUARD INO SMART		VYVANSE.....	430	95.....	616, 924
GLUC METER.....	698, 923	VYVGART HYTRULO.....	774	WILATE.....	261
VIVAGUARD INO TEST		VYZULTA.....	981	WILLIS THE WHALE	
STRIP.....	748, 923	WAINUA.....	460	COMPRESSR NEB....	761, 924
VIVAGUARD LANCET 698, 923		WAKIX.....	378	WINLEVI.....	510
VIVAGUARD LANCING		<i>warfarin</i>	251	WINREVAIR.....	203
DEVICE.....	698, 923	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	337	WINTERGREEN OIL.....	512
VIVAGUARD SAFETY		WAYRILZ.....	265	Wixela Inhub.....	111
LANCET.....	699, 923	WAYZEN.....	549	WOMEN'S 50 PLUS	
VIVELLE-DOT.....	487	WEEKLY-D.....	269	ADVANCED.....	335
VIVJOA.....	15	WEGOVY.....	956		

WOMENS DAILY GUMMIES.....	335	XEROFORM		YOKATAR.....	545
WOMEN'S DAILY		PETROLATUM DRESSING		YONI FIT BLADDER	
MULTIVITAMIN.....	314, 335	.....	701, 924	SUPPORT.....	613, 924
WOMEN'S MULTIVITAMIN		XEROFORM		YONSA.....	173, 179
COLLAGEN.....	335	PETROLATUM		YORVIPATH.....	477
WOMEN'S PRENATAL		OVERWRAP.....	701, 924	YOSPRALA.....	253
PLUS DHA.....	281	XHANCE.....	101	YUM-YUM DOPHILUS.....	85
WOUNDGELHA MATRIX....	547	XIFAXAN.....	34	YUPELRI.....	93
WPR PLUS.....	595	XIGDUO XR.....	473	YUTREPIA.....	205
Wymzya Fe.....	192	XIIDRA.....	971	Yuvaferm.....	771
WYNZORA.....	586	XILAPAK.....	515	Zafemy.....	195
XACIATO.....	770	XIMINO.....	13, 585	<i>zafirlukast</i>	102
XADAGO.....	414	XIRUN.....	550	<i>zaleplon</i>	404
XALATAN.....	981	XOFLUZA.....	3	ZALVIT.....	299
XALIX.....	526	XOLAIR.....	108	ZANAFLEX.....	777
XALKORI.....	159	XOLEGEL.....	588	Zarah.....	193
XANAX.....	413, 436	XOLREMDI.....	248	ZARONTIN.....	400
XANAX XR.....	413, 436	XOPENEX HFA.....	105	Zarontin.....	400
Xarah Fe.....	195	XOSPATA.....	167	ZARXIO.....	250
XARELTO.....	258	XPHOZAH.....	265	ZATEAN-PN DHA.....	314
XARELTO DVT-PE TREAT		XPOVIO.....	158, 168	ZATEAN-PN PLUS.....	335
30D START.....	258	XROMI.....	264	ZAVESCA.....	959
XATMEP.....	146, 155	XRYLIX (DICLOFENAC-		ZAVZPRET.....	446
XCELLENT C.....	297	KINES TAPE).....	529	ZCORT.....	492
XCELLENT E.....	337	XTAMPZA ER.....	122	ZEGALOGUE	
XCELLISTEM.....	610	XTANDI.....	179	AUTOINJECTOR.....	462
XCLAIR.....	574	Xulane.....	195	ZEGALOGUE SYRINGE....	462
XCOPRI.....	397	XULTOPHY 100/3.6.....	475	ZEJULA.....	161
XCOPRI MAINTENANCE		XUREA.....	526	ZELAPAR.....	414
PACK.....	397	XURIDEN.....	958	ZELBORAF.....	166
XCOPRI TITRATION PACK	397	XYBIOTIC.....	85	ZELSUVMI.....	510
XDEMVEY.....	961	XYLIDERM.....	535	ZEMAIRA.....	106
XELJANZ.....	40, 139	XYLIGEL.....	358	ZEMBRACE SYMTOUCH...	452
XELJANZ XR.....	40, 139	XYLIMELTS.....	358	ZEMPLAR.....	957
XELODA.....	155	XYMOBOLX.....	301	Zenatane.....	609
XELPROS.....	981	XYMODINE.....	285	ZENPEP.....	67
Xelria Fe.....	192	XYNTHA.....	261	ZENPHOR.....	522, 924
XELSTRYM.....	403, 430	XYNTHA SOLOFUSE.....	261	Zenzedi 381, 382, 403, 430, 431	
XEMBIFY.....	348	XYOSTED.....	471	ZEPATIER.....	30
XENAZINE.....	448, 456	XYREM.....	382	ZEPBOUND.....	953
XENLETA.....	7	XYWAV.....	382	ZEPOSIA.....	61, 507
XEPI.....	576	Yargesa.....	959	ZEPOSIA STARTER KIT	
XERESE.....	541	YASMIN (28).....	192	(28-DAY).....	61, 507
XERMELO.....	42	YAXATARXYN.....	544	ZEPOSIA STARTER PACK	
XEROFORM.....	701, 924	YAZ (28).....	193	(7-DAY).....	61, 507
		YCANTH.....	526	ZERVIAE.....	970
		YESINTEK.....	40, 511	ZESTORETIC.....	238
		YEZTUGO.....	1	ZESTRIL.....	241
		YOGURT PLUS CALCIUM		ZETIA.....	212
		GUMMIES.....	309	ZETONNA.....	101

ZIAGEN.....	22	ZTLIDO.....	536
ZICLOCIN.....	593	ZUBSOLV.....	366
ZICLOPRO.....	593	Zumandimine (28).....	193
<i>zidovudine</i>	22	ZUNVEYL.....	939
ZIEXTENZO.....	250	ZURZUVAE.....	399
ZILACAINE PATCH.....	535, 762	ZYCLARA.....	582
ZILBRYSQ.....	774	ZYDELIG.....	171
<i>zileuton</i>	95	ZYFLO.....	95
ZILOVAL.....	535	ZYKADIA.....	159
ZILXI.....	580	ZYLET.....	977
ZIMHI.....	202	ZYLOPRIM.....	937
<i>zinc amino acid chelate</i>	303	ZYMFENTRA.....	65, 115
ZINC BALANCE.....	303	ZYPITAMAG.....	216
<i>zinc citrate</i>	303	ZYPRAM.....	509
<i>zinc gluc, oxide-ascorbic acid</i>	304	ZYPREXA.....	376, 406
<i>zinc gluconate</i>	303	ZYTIGA.....	173, 179
<i>zinc glycinate</i>	303	ZYVOX.....	7
<i>zinc oxide</i>	576		
<i>zinc sulfate</i>	303		
ZINGIBER.....	339		
ZIOPTAN (PF).....	981		
ZIPHEX.....	299		
<i>ziprasidone hcl</i>	376, 407		
ZIRGAN.....	963		
ZITHRANOL.....	533		
ZITHROMAX.....	14		
ZITHROMAX TRI-PAK.....	14		
ZITHROMAX Z-PAK.....	14		
ZITUVIO.....	501		
ZMA CLEAR.....	600		
ZOCOR.....	216		
ZOKINVY.....	960		
ZOLINZA.....	174		
<i>zolmitriptan</i>	452, 453		
ZOLOFT.....	438		
<i>zolpidem</i>	404		
ZOMACTON.....	498		
ZOMIG.....	453		
Zomig.....	453		
ZONEGRAN.....	394		
ZONISADE.....	394		
<i>zonisamide</i>	394		
ZONTIVITY.....	248		
ZORTRESS.....	369		
ZORVOLEX.....	131		
ZORYVE.....	511, 533, 538		
Zovia 1-35 (28).....	193		
ZOVIRAX.....	15, 513		
ZTALMY.....	386		